Eina kartą per mėnesį | 1937 m. | XVIII METAI

Nr. 7 | Liepos mėn. | Nr. 7

MEDICINA

LAIKRAŠTIS, SKIRIAMAS MEDICINOS TEORIJOS IR PRAKTIKOS REIKALAMS, TAIP PAT GYDYTOJŲ PROFESINIAMS REIKALAMS

Redakcinė Komisija:

Prof. med. dr. *P. Avižonis* (akių ligos), prof. dr. *J. Bagdonas*, prof. dr. *Pr. Gudavičius* ir prof. med. dr. *K. Buinevičius* (vid. ligos), prof. dr. *J. Blažys* (nervų ir psychinės ligos), prof. med. dr. *Al. Hagentornas*, doc. dr. *Vl. Kuzma* ir priv.-doc. dr. *V. Kanauka* (chir.), dr. *K. Grinius* (savivaldybių ir socialinė medicina), prof. med. dr. *A. Jurgeliūnas* ir dr. *M. Nasvytis* (bakteriologija ir higiena), dr. *P. Kalvaitytė* (rentgenologija), prof. med. dr. *J. Karuža* ir doc. dr. *Br. Sidaravičius* (odos ir veneros ligos), prof. *E. Landau* (histologija ir embriologija), prof. med. dr. *Vl. Lašas* (fiziologija ir fiziologinė chemija), prof. med. dr. *Pr. Mažylis* (akušerija ir ginekologija), prof. med. dr. *K. Oželis* (teismo medicina), doc. dr. *P. Stančius* (odontologija), dr. *J. Staugaitis* (profesiniai gydytojų reikalai), prof. med. dr. *V. Tumėnienė* (vaikų ligos), prof. med. dr. *E. Vinteleris* (patologija ir patologinė anatomija), doc. dr. *J. Zubkus* (ausų, nosies ir gerklės ligos).

Redakcinė Kolegija:

Prof. med. dr. *P. Avižonis* (nuo V. D. Univ-to Medicinos Fakulteto), dr. *M. Nasvytis* (nuo Kauno Medicinos Draugijos) ir dr. *J. Staugaitis* („Medicinos“ Redaktorius).

LEIDŽIA: V. D. Univ-to Medicinos Fakultetas ir Kauno Medicinos Dr-ja

Redaktorius D-ras J. Staugaitis.

Redakc.-Admin. adr.: KAUNAS, Mickevičiaus g. Nr. 11-a, b. 4, telef. 2-15-07.

SKELBIMŲ KAINA: 75 — 100 litų puslapiui.

PRENUMERATOS KAINA: metams 30 litų, pusei m. 15 litų.

Šio numerio kaina 3 lit.

TURINYS

A. Čeičys: Sternalinė kaulo smegenų punkcija 511
L. Koganas: Mūsų patyrimai taikant torakokaustiką . . . 516
V. Tercijonas ir Šeidytė-Mockevičienė: Vaikų apendicitai Valst. Vaikų ligoninės duomenimis 529
Br. Sidaravičius, doc.: Neurosyfilio pažinimas, profilaktika ir gydymas (pabaiga) . . . 547
P. Stančius, doc.: Gomurio plastika pagal Ernst'ą 558
V. Damijonaitis: Anodontia totalis vera atsitikimas . . . 562
Referatai (Vidaus ligos, vaikų ligos, chirurgija, urologija, akušerija ir ginekologija, odos ir vener. ligos, otorinolaringologija, bakteriologija, fiziologija ir biologija, karo medicina) 567
Klinikos ir praktikos patyrimai. 578
Kronika. 582

SOMMAIRE

A. Čeičys: Ponction du tissu médullaire du sternum.
L. Koganas: Nos acquisitions expérimentales employant la thoraco-caustique.
V. Tercijonas ir Šeidytė-Mockevičienė: Les appendicites infantiles d'après les données statistiques de l'Hôpital d'Etât des Maladies des Enfants.
Br. Sidaravičius, doc.: La mise en évidence de la neurosyphilis, sa prophylaxie et traitement (fin).
P. Stančius, doc.: Les opérations plastiques de la région palatine d'après la méthode d'Ernst.
V. Damijonaitis: Un cas d'Anodontia totalis vera.
Revue analytique (pathologie interne, maladies des enfants, chirurgie, urologie, accouchement et gynécologie, dermatologie et vénéréologie, oto-rhino-laryngologie, bacteriologie, physiologie et biologie, médecine militaire).
Notes thérapeutiques, cliniques et pratiques.
Chronique.

Nuo Medicinos Redakcijos-Administracijos.

Gerbiamieji „**Medicinos**“ žurnalo ėmėjai maloniai prašomi pasiskubinti sumokėti „Medicinos“ 1937 metų prenumeratą.

Tie Kauno mieste gyvenantieji „Medicinos“ žurnalo ėmėjai, kurie dar nėra sumokėję 1936 metų prenumeratos, maloniai prašomi kogreičiausiai sumokėti savo skolą.

„Medicinos“ Red.-Adm-ja.

MEDICINA

žurnalas, skiriamas medicinos teorijos ir praktikos reikalams.

XVIII met. | 1937 m. liepos mėn. | Nr. 7

Gyd. A. Čeičys.

Krūtinkaulinė (sternalinė) kaulo smegenų punkcija.

(Objektas, istorija, technika, svarba).

(Iš V. D. Univ-to Vidaus ligų klinikos. Prof. med. dr. Pr. Gudavičiaus skyrius).

Į kaulų smegenis (k. sm.), tiriant ligonius, neatsižvelgiama tiek, kiek priderėtų. Jei klinicistas dažnai sau laužo galvą del mažiausio kepenų ar blužnies padidėjimo, tai jis dažnai visai nekreipia dėmesio į kaulų smegenis, nes k. sm. jo vaizduotėje nesudarančios tikro savo dydžio ir svarbumo vaizdo. Tiesa, apie kaulo smegenis klinicistas stengiasi sudaryti vaizdą iš periferinio kraujo tyrimo, bet ne visuomet iš organo funkcijos išdavų galima spręsti apie pačio organo būklę.

Ludwig ir Wetzel yra apskaičiavę vieno 20 m. vyro k. sm. turinį iki 1.400 gr., t. y. maždaug kepenų didumo organas, arba 13 kartų didesnis organas už blužnį. Tas organas nuo 3-čio embrioninio mėnesio gamina organizmui eritrocitus ir vėliau leukocitinės eilės baltuosius kraujo kūnelius. Ir tat organas, kuris dalyvauja visuose organizmo infekciniuose, toksiniuose susirgimuose. Jo reakcija nepaprastai jautri, nepaprastai greita (palygink tik greitą kraujo vaizdo kitimą!), organizmui labai svarbi reakcija ir labai didelio masto.

Tas mažas dėmesys k. sm. turi savo priežastį. K. sm. yra giliai paslėptos kauliniame apdare ir iš ten medžiagos tyrimui nėra lengva gauti. Pomirtiniai k. sm. tyrimai patologiškai anatominiais būdais mažai klinikai davė, nes nesurado jokio santykių vaizdo tarp k. sm. ir periferinio kraujo morfologijos patologiškose organizmo būklėse. Ir tat visai suprantama, nes pomirtinis tyrimas randa k. sm. smarkiai pakitusias. K. sm. elementai labai jautrūs ir greit lavone kinta, pakeisdami savo morfologinę struktūrą del išbrinkimo, autolizės, ypač daugiau pribrendusieji elementai. Be to, dažnai ilgos agonijos metu būna nevienodai išplaunami iš k. sm. į periferinį kraują, ir vėlesnis tyrimas randa kitokį vaizdą, kaip kad gyvame organizme, pakitusiame del ligos. Schilling prieš mirtį rado k. sm. 19%

myelocitų, o lavono k. sm. punktacija davė tik 5% myelocitų. Vadinasi, išplaunami jauni, nepribrendę elementai.

Todėl klinicistų, daugiau dirbančių hematologijoje, seniai buvo mėginta paimti medžiaga gyvam žmogui, nes toks tyrimas turi daug pranašumų: 1) medžiaga, paimta gyvam, fiksuoja tikrai teisingai esamą ligos momentą ir pakitimus (lygi biopsijai); 2) medžiaga imama tuo metu, kada procesas dar vystosi, o nėra jau paskutinėse savo stadijose, kada vaizdas smarkiai pakitęs, arba k. sm. elementai pakitę, kaip tai būna lavoną tiriant; 3) galima keletą kartų punktuoti ir tuo būdu sekti ligos eiga.

Pirmus tokius mėginimus buvo daręs P i a n e s e 1908 m. Jis trepanavo blauzdkaulį (fac. ant.) ieškodamas k. sm. parazitų (leishmaniosis). Vėliau G h e d i n i (1911) trepanavo blauzdkaulį jau grynai kraujo tyrimo tikslais. Tokia blauzdkaulio trepanacija buvo vėliau daugelio pakartota, bet klinikoje ji neprigijo, nes tai vis delto buvo maža operacija diagnostiniais tikslais. Jau daugiau pradėta vartoti S e y f a r t h'o (1923) pasiūlyta krūtinkaulio trepanacija tam tikru specialiu trepanu. Krūtinkaulyje (sternum'e) eina smarkūs hemopoetiniai procesai ir todėl ta vieta labai gerai tiko. Kaulas čia daug plonesnis ir priėjimas prie k. sm. todėl daug lengvesnis. Bet tikrai plačiai k. sm. tyrimas prasidėjo tik A r i n k i n'ui (1927) ir A r i e f f'ui (1929) pasiūlius vartoti ne trepanaciją, o paprastą punkciją. A r i n k i n vartojo chirurgijoje vartojamą Bier'o adatą su mandrenu. Trepanacija yra geresnė metodė už punkciją, nes pagramdžius šaukšteliu elementai gaunami tokiuose konglomeratuose, kokiuose jie guli k. sm. ir tyrimas tada tikslesnis. Bet dabartinė k. sm. tyrimo technika prieinama visai prie tų duomenų, kurių galima gauti daug sudėtingesnės trepanacijos būdu.

Pati adata (kaniulė) pakitėjo. Mandrenas nebevartojamas. nes su juo yra sunkiau praeiti pro kortikinį sluoksnį, kaip kad tuščiavidurė adata. Adatų yra pasiūlyta daug modifikacijų. Ji turi būti trumpa, stora ir stipraus metalo. Kad nepradurtume per visą krūtinkaulį ir nepataikytume į mediastinum ar kur giliau, dažnai yra prie kaniulių prisukamos plokštelės, kurios neleidžia per giliai kaniulei įsmigti. Medžiaga iš k. sm. aspiruojama pro adatą švirkštu. Geriau imti didesnis švirkštas, kad būtų galima stipriai patraukti. H e n n i n g pasiūlė k. sm. praplovimą specialia kaniule. Jo kaniulės galas uždaras, bet šone yra anga. Įeinama, kaip paprastai, į k. sm. ir suleidžiamas pro šoninę angą švirkšte esąs fiziologiškas ar natrium citricum skiedinys. Tada aspiruojama kaip paprastai. Tokį praplovimą jis įvedė todėl, kad kartais (pagal S e g e r d a h l'į apie 10%) paprasta punkcija nepasiseka gauti medžiagos arba bent nepakankamai. Pa-

tekęs gi, skystis į k. sm. išplauna elementus ir tada jau lengva jie aspiruoti kartu su krešėjimą sulaikančiu skysčiu.

Apskritai dabar vartojama tokia *technika* (su mažomis modifikacijomis).

Krūtinkaulio oda dezinfekuojama t-ra jodi. Vietinė odos ir periosto anestezija novokainu. Dūrimas daromas ten, kur prie krūtinkaulio prisijungia II—III—IV šonkaulių kremzlės. Prieš duriant kaniule anestezijai vartotas skiedinys odoje išmasažuojamas, kad būtų plonesnis sluoksnis iki kaulo. Praduriama oda iki kaulo. Tada gręžiamais judesiais kaniulė stumiama per kompaktinį sluoksnį į spongiosa. Tuo momentu, kai praeinamas kortikinis sluoksnis, jaučiamas palengvėjimas. Dabar k. sm. turinys aspiruojamas. Švirkšto stūmeklis reikia staiga beveik visai ištraukti, kad pasidarytų didesnė tuštuma. Greitai traukiant mažiau prisimaišo kraujo. Dirbant Henning'o kaniule, yra toks skirtumas, kad, patekus į k. sm. tuštymą, pirma suleistinas skystis (0,5—1,0) ir tik tada aspiruotina. Jei skystis sunkiai eina arba visai neina į k. sm. tuštymą, tai tat rodo, kad šoninė anga dar guli kortikiniame sluoksnyje ir kad reikia dar giliau smeigti. Aspiracijos metu paprastai jaučiamas nedidelis skausmas. Bet tas skausmas yra tiek menkas, kad net labai baimingi pacientai vėliau reiškia, kad adatos storumas baisesnis už patį skausmą.

Ištrauktoji medžiaga susideda iš kraujo, k. sm. elementų ir riebalų. Normaliai ištraukiamas raudonas skystis su didesniais pilkai rausvai geltonais gabaliukais. Esant k. sm. pakitimams del ligos, dažnai gaunamas truputį kitokis punktatas. Leukemijos atveju punktato spalva pilkesnė, gabaliukai dažnai visai pilki. Anaemia perniciosa atveju skystis labai raudonas ir gabaliukai visai raudoni. Atrofijos atveju, kada elementų maža, kartais galima medžiagos visai negauti arba ištraukti riebalų pilnas skystis. Nieko negalima dažnai ištraukti ir tokiais atvejais, kada k. sm. vietas užima svetimi narveliai, pav., myelomos celės, navikų metastazių celės. Šitie svetimi elementai sudaro kietą audinį, iš kurio aspiruoti labai sunku. Jei tokia medžiaga pasiseka aspiruoti, tai makroskopiškai ji gali būti panaši į hiperplastiškus k. sm. ir tik histologiškas tyrimas duos tikrą vaizdą.

Iš gautosios medžiagos daromi tepinėliai tokiuo pat būdu, kaip kad tiriant periferinį kraują. Aspiravus paprastu būdu, reikia greit ištepti, nes punktatas gali sukrešėti. Dirbant Henning'o būdu, skubėti netenka, nes k. sm. ištraukiamos kartu su natr. citricum skiediniu. Didesni gabaliukai gerai tinka įdėti į parafiną. Juose k. sm. elementai yra natūraliuose konglomeratuose. Padarytų tepinėlių tyrimas ir vėliau šitų didesnių gabalėlių histologiškas tyrimas duoda k. sm. pilną vaizdą, kokis galima gauti ir darant trepanaciją. Amprino ir Penati (1936)

histologiškam tyrimui medžiagą siūlo paruošti šitaip: Padarius tepinėlius, likęs punktatas supilamas į laikrodinį įgaubtą stiklelį ir duodama sukrešėti. Tik tada dedama į fiksuojamąjį skiedinį. Arba likęs punktatas supilamas į siaurą vamzdelį su trupučiu sol. natrii citrici, kad nekrešėtų. Po kiek laiko nusėda stambūs gabalėliai į dugną. Viršuje esąs skystas kraujas nupilamas, o dugne likę gabaliukai fiksuojami ir vėliau tiriami histologiškai. Tyrimui ir tepinėliai ir histologiški pjūviai reikia dažyti pagal Pappenheim'ą. Rohr (1936) yra pasiūlęs specialų histologišką preparatų apdirbimo būdą.

Kiekybinis tyrimas k. sm. elementų duoda maža naudos, nes patekęs kraujas gali tą skaičių labai pakeisti. Elementų padaugėjimui ar sumažėjimui nustatyti daugiau tinka pjūviai. Klinikai svarbų k. sm. vaizdą duoda kokybinis elementų studijavimas ir diferencijavimas pagal Arneth'o-Schilling'o schemą. Tyrinėti reikia ir tepinėliai ir histologiški pjūviai, nes tik tada tikrai galima išvengti klaidų, kurios atsiranda del kraujo prisimaišymo. Vienoki elementai gali būti kraujuje ir kitoki kaulo smegenyse, pav., leukeminės myelozės, lymfadenozės, monocitozės, net paprastos leukocitozės metu.

Įvairūs autoriai, skaičiuodami kokybiškai elementus, prisilaiko įvairių metodžių. Vieni (Henning, Segerdahl etc.) skaičiuoja visus branduoliuotus elementus ir tada išveda procentus. Kiti (Rohr etc.) pagrindan ima leukocitus ir kitus elementus priskaičiuoja, kiek jų tenka 100-ui leukocitų (įvairaus pribrendimo). Henning dar siūlo skaičiuoti oksidaze neigiamus ir teigiamus elementus procentais. Skaičiuojama paprastai 400—500 elementų iš įvairių tepinėlių. Normoje k. sm. vyrauja daugiau pribrendę elementai; myelocitai, myeloblastai sudaro mažą procentą. Leukocitų (įvairaus subrendimo) yra daugiau, kaip kad branduoliuotų eritrocitinės kilmės narvelių. Pagal įvairius autorius tas santykis yra kaip 3—6 : 1. Ar k. sm. apskritai yra hiperplastiškos ar aplastiškos, galima patirti iš histologiškų pjūvių. Normaliai tarp k. sm. elementų yra riebalinio audinio salelių. Iš tų salelių gausumo ar jų nebuvimo galima spręsti, ar k. sm. aplastiškos ar hiperplastiškos.

Kaulų smegenys organizme labai nevienodos struktūros. Jau grynai makroskopiškai yra skiriamos geltonosios ir raudonosios kaulų smegenys (medulla ossea flava et rubra). Geltonosios k. sm. yra riebalinis audinys, o raudonosios k. sm. gamina naujus elementus. Krūtinkaulyje yra visuomet raudonosios kaulų smegenys. Normaliai kokybiškai visos raudonosios kaulų smegenys yra vienodos ir, paėmus medžiagą iš vienos vietos, galima spręsti apie visą organą. Bet tat pasikeičia dažnai patologiškose būklėse. Punktuojant galima patekti į labiausiai patologiškai pakitusią vietą, pav., daugiausia židinių susirgimų atsitikimais, kaip myelominiai mazgai, navikų metastazės, izoliuoti

tuberkulai ir lymfiniai mazgai (retai). Arba punktuojant patenkama šalia tokių židinių, ir k. sm. g a l i atrodyti normalios. Paprastai hiperplaziniai momentai geriau įvertinti, kaip kad aplaziniai. Daug čia padeda histologiški pjūviai.

Krūtinkaulinės k. sm. punkcijos svarba yra ypač didelė kraujo ligoms diferencijuoti, ligos eigai sekti ir taikomam gydymui įvertinti. Bet ir, šalia kraujo ligų, yra daug kitų ligų, kur k. sm. vaizdas duoda išaiškinti ligos rūšį. Jau dabar yra aprašyta gana daug atsitikimų, kur diagnozė nustatyta, tik pavartojus krūtinkaulinę punkciją. Pav., daugybinės myelomos atsitikimais tai yra vienintelis tikras būdas. Įvairių navikų metastazės dažnai jau anksti pasirodo k. sm. Dažnai ji atstoja pavojingesnę blužnies punkciją, pav., Gaucher'o etc. ligose ar lymfinės liaukos biopsiją lymfadenozėse.

Pagaliau tai ne tik diagnostinė tyrimo priemonė. Krūtinkaulinė punkcija padeda ir moksliškai tirti k. sm. funkcijas. O s g o o g (1936) ir S c h r e t z e n m e y e r (1936) tyrė audinių kvėpavimą, vartodami k. sm. elementus, dažnai patologiškose būklėse, ir yra gavę įdomių faktų. Tik jos dėka bus galima išstudijuoti santykis tarp k. sm. ir periferinio kraujo, monocytų, trombocitų kilmės klausimas (jau R o h r (1935) yra tyręs), elementų išplovimo į kraują mechanizmo klausimas. Įvairių vaistų ir gydymo būdų (As, Fe, Au, hepar, rentgeno spinduliai), vartojamų gydyti kraujo ir kitoms ligoms, veikimas gerai gali būti įvertintas ir pastebimas tik sekant k. sm. reakciją, nes jautrūs jų elementai smarkiai reaguoja.

LITERATŪRA.

1. A r i n k i n: „Viestn. chirurg." 1927 m. 57 nr.
2. A m p r i n o ir P e n a t i: „Klin. Woch." 1935 m. 15 nr. (541).
3. F e r r a t a ir S t o r t i: „Münch. med. Woch." 1937 m. 10 nr.
4. H e n n i n g: „D. m. W." 1935 m. 29 nr.; ir K o r t h: „Klin. Woch." 1934 m. 34 nr.
5. K l i m a ir F l e i s c h h a c k e r: „M. m. W." 1936 m. 50 nr.
6. K l i m a ir R o s e g g e r: „Klin. Woch." 1935 m. 15 nr. (541).
7. O s g o o d ir M u s c o v i t z: „J. amer. med. ass." **108.** Nr. 22 (1888).
8. R o h r: „Neue deutsche Klinik." 14 t.; „M. m. W." 1935 m. 12 nr.; ir K o l l e r: „Klin. Woch." 1936 m. (1549).
9. S c h i l l i n g: „D. m. W." 1925 m.
10. S c h u l t e n: „M. m. W." 16 nr. (642); „Med. klin." 1936 m. 15 nr.
11. S c y f a r t h: „D. m. W." 1923 m. (180).
12. S c h r e t z e n m e y e r ir B r ö c h e l e r: „Kl. Woch." 1936 m. (996).
13. S k o u g e: 1936 m. 34 nr.
14. Y m a m o t o: „Virchows Archiv". 262 t. platus referatas pas Schilling'ą).

AUTOREFERAT.

Das Knochenmark, das als ein Organ die Gröse der Leber hätte, hat bis jetz wegen seiner verborgenen Lage in den Höhlungen der Knochen keine richtige klinische Untersuchung erfahren. Wenn der klinizist sich ein Bild vom Knochemarkszustand zu gewinnen suchte, so geschah das durch die Untersuchung des periferen Blutes. Nie von Arinkin eingeführte und von anderen vervollkommene sternale Knochenmarkspunktion ermöglicht eine direkte Untersuchung des Knochenmarkes. Eine eingehende Beschreibung der Technik und der weiteren Bearbeitung des gewonnenen Materials wird gegeben und auf die Wichtigkeit der Punktion für Diagnostik und wissenschaftliche Forschung hingewiesen.

D-ras L. Koganas.

Mūsų patyrimai taikant torakokaustiką.

Plaučių tuberkuliozės gydymas pneumotoraksu, kuris yra galingiausia gydymo metodė, negali pasiekti savo tikslo, kai yra suaugimai, kurie neduoda plaučiams supulti ir tuo atveju panaikina pneumotorakso efektą.

1910 m. švedų ftiziatras Jakobeus pirmas pasiūlė pritaikinti endoskopinę metodę pleuros tuštymui ištirti ir jame manipuliuoti. Su pagelba jo sukonstruotų instrumentų — vieno optinio, vadinamo torakoskopu, kuriuo galima orijentuotis, ir antro — kauterio, kuriuo nudeginami suaugimai, jis atidalino savo pacientams suaugimus nuo krūtinės ląstos ir dėl to įvykdavo visiškas plaučių supuolimas. Tą operaciją jis pavadino torakokaustika. Šitas pavadinimas ir pasiliko iki šiol, nors vadinama ir Jakobeus'o operacija.

Unverricht ir Kraemer Vokietijoje, Maurer Šveicarijoje, Cova Italijoje, Coulaud Prancūzijoje ir Stoiko SSSR šitą operaciją patobulino ir išpopuliarino, bet principialiai jų daromos operacijos nesiskiria nuo Jakobeus'o pasiūlytos metodės.

Pas mus Lietuvoje 1932 m. dr. Kolodnas pirmas paskelbė du atsitikimu, kuriais nudeginus suaugimus pavyko iš parcialinio pneumotorakso gauti visiškas totalinis pneumotoraksas.

Technika ir instrumentai.

Iš visų pasiūlytų instrumentų modifikacijų aprašysiu tiktai dažniausiai vartojamus. Iš torakoskopų vartojamos dabar daugiausia dvi modifikacijos.

Pirmoji torakoskopo modifikacija Jakobeus'o pasiūlyta: čia, kaip cystoskope optika ir šviesos šaltinis — lemputė yra instrumento galo šone. Žiūrint pro tokį torakoskopą pryšakyje matoma tai, kas yra instrumento šone. Dirbant su šituo instrumentu, reikia priprasti orijentuotis, kas sudaro kiek sunkumų pradedantiems torakoskopuoti. Tas instrumentas yra

patogus tuo, kad su juo galima patekti už suaugimo ir apžiūrėti jis iš šono ir iš užpakalio.

Antroji modifikacija, pasiūlyta Kraemer'io: optika yra instrumento gale, lemputė pritaisyta ant elastinės lazdelės, įvedamos su torakoskopu. Pro šitą torakoskopą viskas matoma taip, kaip natūraliai in situ yra. Čia labai lengva orijentuotis, bet galima matyti tik tai, kas yra prieš optiką, apžiūrėti suaugimai iš šono sunku, o iš užpakalio visai negalima. Dauguma vartoja torakoskopą su šoniniu regėjimu.

Instrumentai įvedami pro gilzę, kuri, odą, raumenis ir pleurą anestezavus, įvedama troakaro pagelba į pleurą. Išėmus troakarą, įvedamas torakoskopas. Įvedus torakoskopą apžiūrima pleuros tuštymas: jame matomi šonkauliai ir tarpšonkauliniai raumenys; plaučių audinys galima pažinti iš dažnai esamos tamsios, antrakozinės spalvos, kuriame gražiai matomi atskiri lobuli.

Pleura parietalis normaliai turi blizgėti ir turėti silpną šviesos refleksą; patologiškai pakitusi gali būti balzgana, joje galima matyti tuberkulų, fibrino nuosėdų ir t. t.

Apžiūrint torakoskopu matomi ir suaugimai, kurie dažniausiai sudaro indikaciją intervencijai.

Antras instrumentas yra kauteris; kuris turi gale mažą platininę kilpą, kuria suaugimai atidalinami nuo krūtinės ląstos. Jakobeus dirbo su tiesiuoju kauteriu, kurį įveda po anezte-zijos į pleuros tuštymą pro kitą torakso vietą su troakaro pagelba.

Unverricht pasiūlė vartoti sulenktą kauterį, su kuriuo galima lengviau prieiti prie suaugimų. Jakobeus ir Unverricht suaugimams atidalinti vartojo galvanokaustiką, t. y. suaugimai buvo nudeginami. Kraujavimo pavojui išvengti Maurer pasiūlė atseparavimui vartoti diatermiją. Mums neteko vartoti Maurer'io metodės, todėl žemiau bus kalbama tik apie Jakobeus'o metodę. Tenka pastebėti, kad kiek rimtesnių kraujavimų nebuvo stebėta.

Suaugimai.

Suaugimai gali eiti : 1) iš plaučių į krūtinės ląstą, 2) iš plaučių į diafragmą, 3) iš plaučių į mediastinum'ą ir perikardą, 4) tarp šonkaulių ir iš šonkaulių į diafragmą, 5) tarp plaučių skilčių.

Dvi paskutinės suaugimų rūšys praktiškai mažai įdomios, nes jos nekliudo plaučiams supulti ir jų netenka nudeginti. Dažniausiai nudeginami suaugimai, einą iš plaučių į krūtinės ląstą ir diafragmą, kartais tenka deginti suaugimai, einą į mediastinum'ą ir perikardą.

Pagal formą suaugimai skirstomi į: 1) filiforminius — plono siūlo pavidalo; 2) juostos pavidalo; 3) membranos pavidalo,

plačius, bet plonus ir permatomus; 4) plačius parenchiminius suaugimus; 5) plokščius.

Pirmos trys grupės nesudaro didelių sunkumų operuojant, nes tuose suaugimuose yra tik jungiamieji audiniai ir jų nudeginimas nerizikingas. Žinoma, draudžiama jie deginti ties plaučių parenchima, nes galima paliesti plaučiai ir, nekalbant jau apie infekcijos pavojų, padaroma komunikacija tarp bronchinės sistemos ir pleuros, gali būti staigi mirtis del embolijos. Tokių suaugimų nudeginimas yra beveik nepavojingas, viduryje ar parietaliniame gale, kur matomas tik suaugimų audinys.

Kartais, tiesa, pasak Maurer'io ir Mistal'io, čia randama atsiskyrusių plaučių parenchimos gabaliukų, kuriuose gali būti infekcijos lizdų.

Storų parenchiminių suaugimų nudeginimas yra labai atsakingas; juose yra dažnai įtraukta plaučių parenchima, kartais net, kaip tai parodė Unverricht, yra įtrauktos kavernos. Todėl šitie suaugimai nudeginami griežtai prisilaikant parietalinio galo, einant gilyn į krūtinės ląstą taip, kad manipuliacijos turi būti atliekamos jau fascia transversalis srityje. Suaugimas turi būti enukleuotas. Tat reikalauja daug patyrimo ir todėl leidžiama atlikti tiktai gerai prityrusiems gydytojams.

Plokšti suaugimai, kur plaučiai yra dideliame plote suaugę su pleura, paprastai nenudeginami del plaučių palietimo pavojaus. Tiesa, tos operacijos virtuozai, kaip Maurer ir Unverricht, praneša, kad jiems pavykę enukleuoti suaugimai, kurių platumas pasiekdavo arbatinės lėkštelės didumą.

Suaugimai dažniausiai būna viršutiniame segmente; pagal Mistal'io juostą parenchiminiai ir cilinderiški ar koniški suaugimai 32% eina į viršūnę, 58% eina į vidurinę thorax'o dalį ir 10% — į apatinę dalį; membranos formos pagal tą pati autorių 85% eina į viršutinius ⅔-dalius ir 15% — į apatinį trečdalį. Lengviausiai nudeginami suaugimai, kurie eina į vidurinę dalį, dažniausiai ties 1—3 šonkauliu. Ten galima atidalinti ir platūs parenchiminiai suaugimai, nes galima manipuliuoti fascia transversalis srityje.

Apikalinės pleuros kupolo srityje enukleacija negalima, nes ten eina art. subclavia et plexus brachialis, kurie gali būti traumuoti. Galima nudeginti tik juostų ir juostelių pavidalo suaugimai.

Komplikacijos.

Iš komplikacijų dažniausiai pasitaiko poodinė emfyzema. Nedidelė poodinė emfyzema pastebima beveik kiekvienos operacijos atveju. Su ja kovojama stipriai užbintuojant operuotą vietą leukoplastu. Po 1—2 dienų ji rezorbuojasi, nesudarydama jokių nemalonumų. Kartais emfyzema pasidaro gana didelė ir tenka specialiai gydyti — oro aspiracija, odos skarifikacijomis ir t. t. Emfyzema būna poodinė, raumeninė, subpleu-

rinė ir mediastininė. Jei emfyzema didelė, tai oras patenka iš pleuros tuštymo ir gali sumažėti pneumotoraksas, kuris tokiais atvejais turi būti papildytas.

Kraujavimas gali būti operacijos metu ir po operacijos — tardivinis. Maži parenchiminiai kraujavimai lengvai sustabdomi pridedant kauterį prie kraujuojančios vietos. Dideli kraujavimai (kurių neteko matyti) gali būti, palietus didesnį indą, kuris gali būti suaugime, ar palietus art. intercostalis*). Jų galima išvengti, nudeginant labai mažu kilpos kaitinimu, kas sukelia kraujo indo koaguliaciją. Literatūroje aprašyti sunkūs, net mirtini kraujavimai (Couland, Jakobeus, Gulbring). Jie gydomi pagal bendrines vidaus kraujavimo taisykles. Su kauteriu didelio kraujavimo nepavyksta sustabdyti, nes torakoskopo optika greit susitepa krauju ir nieko nebematoma. Tat verčia dirbti visada labai atsargiai, ypač tose vietose, kur galima tikėtis rasti kraujo indų. Kraujavimas gali įvykti po kelių valandų, net kelių dienų po operacijos, vad. tardivinis kraujaviams. Jis irgi gydomas pagal vidaus kraujavimo taisykles.

Eksudatai būna labai dažnai, bet dažnai ir praeina po 1—3 dienų. Tokių eksudatų priežastimi yra termiškas suerzinimas kauteriu ar torakoskopo lempute, kaip kad mano Unverricht; pasak Maurer'io, tat yra lengvo kraujavimo padarinys. Kartais eksudato priežastis yra infekcija, kuri pareina nuo blogos aseptikos arba del atidarymo nudeginimo metu infekcijos lizdų, kurie, kaip jau minėta, būna ties suaugimais. Tokie eksudatai gali laikytis ilgiau ir yra reikalingi specialaus gydymo, būtent, skysčio evakuacijos su plovimais. Dalis jų pereina į pūlingą empyemą, kuri jau yra rimta komplikacija, ypač jei ji yra įeinančios į suaugimą kavernos atidarymo padarinys. Tada pasidaro bronchopulmoninė fistulė su visomis komplikacijomis ir tenka gydyti chirurgiškais būdais.

Geriausia eksudatų profilaktika: greitas ir laiku atliekamas darbas, kai operatorius gerai orijentuojasi aplinkumoje, kur jis dirba.

Indikacijos ir kontraindikacijos.

Indikacija torakokaustikai yra, kaip jau minėta, neefektingas pneumotoraksas, kur suaugimai kliudo plaučių kolapsui. Visų pirma rentgenogramoje matoma, kad plaučiuose yra židinys, kurį tempia suaugimai. Klasiška indikacija yra vad. kabanti kaverna, kuri, kaip jau yra aišku iš pavadinimo, negali supulti. Taip pat nuotraukoje galima pamatyti suaugimas, tempiąs infiltratą. Reikia žinoti, kad vien rentgenograma negalima pasitikėti, nes neretai rentgenogramoje suaugimų nematoma, nors

*) Jakobeus yra aprašęs atsitikimą, kur jo asistentas per klaidą traumavo — art. subclavia. Ligonis, žinoma, mirė.

jie ir yra. Suaugimų šešėliai gali nuotraukoje neišeiti dėl to, kad jie yra už kaulo šešėlio (šonkaulio, ryšiakaulio) arba už plaučių šešėlio ir dorsoventralinėje nuotraukoje nematomi. Kartais tokie suaugimai galima įtarti, kai plaučių šešėlis sudaro smailą kampą.

Kitais atvejais suaugimai įtariami iš kliniškų duomenų, būtent, nepaisant to, kad plaučiai atrodo visiškai supuolę, ligonis karščiuoja, kosti bacilais, kraujo reakcija nenormali. Tokiais atvejais torakoskopija neretai rodo suaugimus, kartais net didelius. Visais atvejais, kur plaučių kolapsas neduoda gero kliniško efekto, patariama diagnostinė torakoskopija, kuri neretai nurodo suaugimų buvimą. Taip pat nuotrauka visiškai nenurodo suaugimų formos ir operacijos galimumo techniškų atžvilgiu. Neretai atsitinka, kad nuotraukoje matomi ploni suaugimai atrodo prieinami nudeginimui, torakoskopija rodo didelius parenchiminius suaugimus, prie kurių sunku prieiti, o nudeginti kartais visai negalima. Tat pareina nuo to, kad storas suaugimas gali patekti tangenciališkai spindulio krypčiai ir duoti plonos juostelės vaizdą nuotraukoje, arba nuo to, kad rentgenogramoje matoma tik kompaktiškoji suaugimo dalis, o minkštųjų dalių nematoma.

Diagnostinė torakoskopija parodo arba apskritai suaugimų buvimą arba jų prieinamumą nudeginimui. Indikacija tam yra rimtas susirgimas, lydimas tam tikrų simptomų. Be minėtų rentgeninių simptomų, kur matoma kabanti kaverna, nesupuolęs infiltratas, čia nemažiau svarbi ligonio savijauta, jo t°, kraujo vaizdas, baciliniai skrepliai. Torakokaustika yra intervencija, kuri duoda komplikacijų, todėl negalima rizikuoti ligonio būtimi, neturint tam rimto pagrindo. Dauguma autorių (Jakobeus, Unverricht, Caulaud, Mistal ir kiti) mano, kad suaugimai reikia nudeginti aiškių ligos aktyvumo simptomų atveju. Pastaruoju laiku yra literatūroje duomenų, kad reikia indikacijos praplėsti ir nudeginti visur, kur tik yra suaugimų, nors ir liga, esant pneumotoraksui, kliniškai atrodytų neaktyvi (Maurer, Veran, mes). Scarpatti ir Maurer'io tyrimai parodė, kad tokiems ligoniams po suaugimais pasilieka kazeoziniai židiniai, iš kurių vėliau atsiranda recidyvai. Jie reikalauja tokiems pacientams suaugimus nudeginti, nes tada pasiekiamas visiškas kolapsas ir išvengiama recidyvų.

Operacija kontraindikuotina:

1) Kai pleura yra nesveika, būtent, kai yra eksudatų su pūliavimo bakterijomis, tbc. bakterijomis arba sausa pleuros tuberkuliozė, kuri gražiai torakoskopu matoma; sterilūs seroziniai eksudatai nesudaro kontraindikacijos, tik didesnieji tenka evakuuoti;

2) kai ligonis silpnas ir gali neišlaikyti intervencijos;

3) kai pneumotorakso padidinimas yra kontraindikuotinas, pav., bilateralio susirgimo atveju, kai visiškas kolapsas vienos pusės gali sukelti antrosios pusės paūmėjimą.

4) kai yra sunki kitų organų (larynx'o, intestinum'o) tuberkuliozė.

Tenka pastebėti, kad gyvenime pasitaiko įvairiausių variacijų, todėl indikacijų ir kontraindikacijų pritaikymas pareina nuo gydytojo intuicijos ir patyrimo. Tat pat galima pasakyti apie techniškąją operacijos pusę: operacija reikia atlikti su patyrimu ir švelniai. Pagal Unverricht'ą šita intervencija „gehört natürlich in Hand des Geübten".

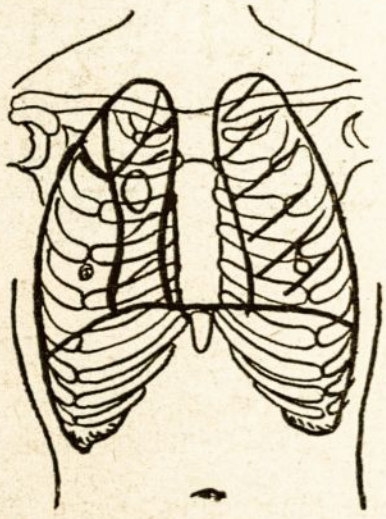
Mūsų medžiaga.

Mes esame pradėję taikyti torakokaustiką nuo 1932 m. ir esame ją padarę 47 kartus 38 ligoniams; 30-čiai ligonių operacija padaryta per 1 seansą, 7 ligoniams — per 2 seansus ir 1 lig. — per 3*) seansus. Be to, 11-kai ligonių padaryta torakoskopija: 9 — nustatyti, ar kaustika galima, 2 — del kitų priežasčių. 1932 m. padarytos 3 kaustikos, 1933 m. 1 kaustika, 1934 m. 3 kaustikos, 1935 m. 6 kaustikos, 1936 m. 25 kaustikos ir 1937 m. iki gegužės m. 1 d. 9 kaustikos.

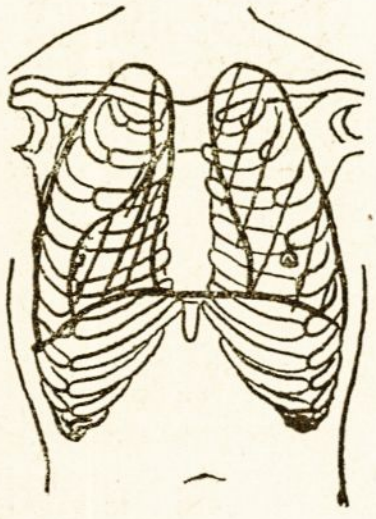
43 kaustikos ir 9 skopijos padarytos Panemunės d-jos kovai su tbc. sanatorijoje, kitos — Žydų Romainių sanatorijoje. Operuotų ligonių skaičius kasmet auga.

Keletui ligonių gauta labai gerų rezultatų. Yra ligonių, baigusių pneumotorakso gydymą ir galutinai kliniškai pasveikusių.

1. Lig. **St. J.,** 25 m. amž., studentas; del dešiniųjų plaučių fibrokazeozinio susirgimo pneumotoraksas daromas nuo 1931 m. Geras



1 schema.



2 schema.

Ligonio **St. J.,** dešin. plaučių rentgenogramų schemos:
Prieš torakokaustiką. Po torakokaustikos.

*) Vieną kartą nudeginimą atliko prof. Unverricht mums asistuojant.

efektas gautas ta prasme, kad kosulys praėjo, t^0 krito iki normos, efektas pasidarė geras, bet skrepliuose, kurių nedaug atsikosti, randama Koch'o bacilų. Westergreen 7/15. Supuolusiuose iki medialinės linijos plaučiuose iš nuotrakos matoma kabanti ant dviejų ilgų ir plonų suaugimų mažo obuolio didumo kaverna (žiūr. 1 schemą).

1932. IX. 22 d. torakoskopija parodė ilgą, platų, membraninį suaugimą 4—5 cm. platumo, žemiau jo antrą 2—3 cm, platumo. Pirmas nudegintas ties periferiniu kraštu, antro pasiekti nepavyko. Temperatūra pakilo iki 38,6^0, bet rytą nukrito. Ant kaklo nedidelė emfyzema.

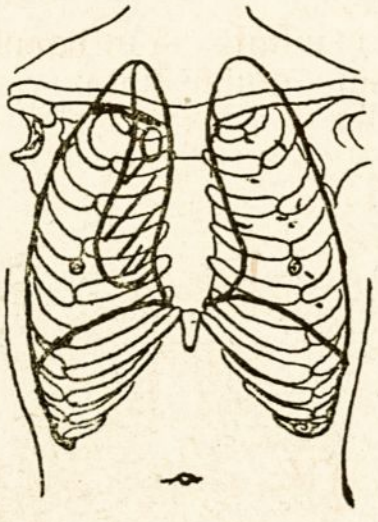
IX. 29 d. antras seansas: nudegintas antras suaugimas. T^0 pakilo vakare iki 37,9^0, rytą nukrito. Plaučiai gražiai supuolė (žiūr. 2 schemą).

X. 4 d. ligonis išsirašė ir gydėsi ambulatoriškai. Supuolusiuose plaučiuose dar kurį laiką buvo matoma kaverna, kuri paskui pranyko. 1933 m. atsirado eksudatas, kuris išnyko 1934 m. Nuo 1935 metų pneumotoraksas nebedarytas. Nuo torakokaustikos nebebuvo bacilų skrepliuose.

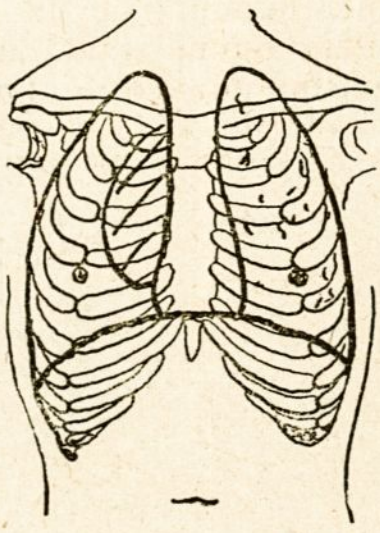
Kitais atsitikimais, kur pneumotoraksas dar tęsiamas, pavyko gauti visiškas kolapsas su išnykimu toksiškų simptomų ir visišku abaciliškumu.

2. Lig. *D. B.*, 14 metų amž., mokinys, atvyko į sanatoriją 1934. XI. 10 d. su tuberkuliozinių abipusiu diseminavusiu infiltracinio pobūdžio susirgimu dešiniuosiuose plaučiuose. Skrepliuose daug bacilų, Westergreen 24/57. Po 7 mėn. konservatiško ir auksu gydymo diseminacija kairiuosiuose plaučiuose rezorbavosi ir 1935 m. liepos mėn. padarytas pneumotoraksas dešinėje.

1935 m. spalių mėn. matomas geras rezultatas — plaučiai gražiai yra supuolę, išskyrus viršūnę, kur matoma ant dviejų suaugimų kabanti kaverna (žiūr. 3 schemą). Koch +, Westergreen 9/29.



3 schema.



4 schema.

Ligonio **D. B.** dešin. plaučių rentgenogramų schemos:
Prieš torakokaustiką. Po torakokaustikos.

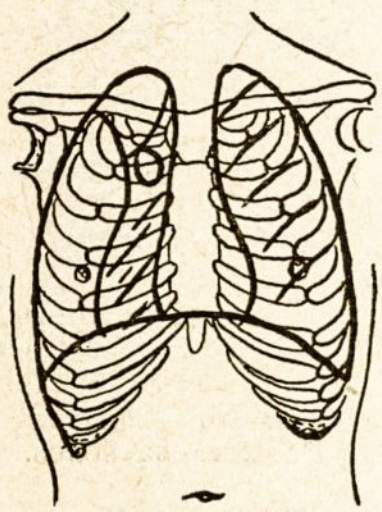
1935. X. 14 d. torakoskopija parodė labai daug (apie 30) plonų membraninių suaugimų ir vieną storą. Nudeginti visi pleurų suaugimai, t^0 nepakilo, lengva poodinė emfyzema.

XI. 21 d. antras seansas — nudegintas parenchiminis suaugimas, einąs superiolatero - anterioriškai, 5 cm. ilgumo, 6 cm. platumo ir 1,5 cm. storumo. Nudeginimas atliktas suaugimą enukleuojant. Po operacijos atsirado kiek eksudato su t^0 pakilimu iki 38^0. Per 10 dienų eksudatas rezorbavosi ir t^0 nukrito. Plaučiai supuolė, kavernos nematoma, bacilai iš-

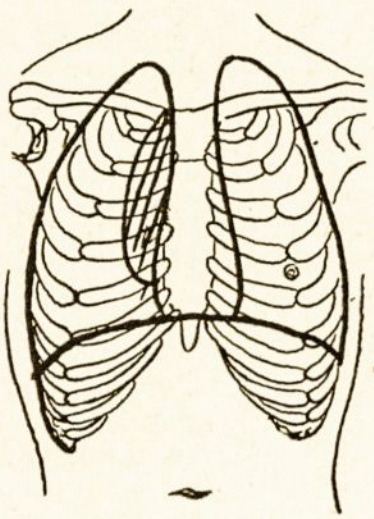
nyko (žiūr. 4 schemą). Pneumotoraksas tęsiamas ambulatoriškai Kauno m. Sav-bės dispanseryje. Koch —, savijauta gera.

Panašus rezultatas, deja, tiktai kiek sugadintas tolimesnio gydymo provincijoje, gautas kitu atsitikimu:

3. Lig. *U. A.*, 26 metų amž., šeimininkė, atvyko į Panemunės sanatoriją 1936. IX. 19 d. su neseniai ambulatoriškai padarytu pneumotoraksu. Koch +, elastingų skaidulių +, Westergreen 87/123. Dešinėje pneumotoraksas iki lin. mamillaris su didele kaverna viršutinėje plaučių dalyje, tempiama plono suaugimo. Per mėnesį pneumotoraksas padidėjo, suaugimai atrodo ilgesni ir platesni (žiūr. 5 schemą).



5 schema.



6 schema.

Ligonio **U. A.** dešin. plaučių rentgenogramų schemos:
Prieš torakokaustiką. Po torakokaustikos.

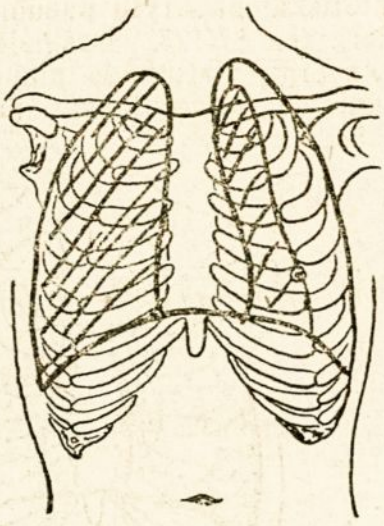
1935. XI. 4 d. nudegintas suaugimas, einąs posterio-superioriškai prie *2* šonkaulio, minkštos konsistencijos. Nudeginimas del suaugimo minkštumo buvo labai lengvas, t° pakilusi iki 38,5 kelias dienas. Mažas eksudatas, rezorbavosi per *2* savaites, (žiūr. *6* schemą), visiškas kolapsas, skrepliai išnyko (prieš kaustiką jų buvo iki 100 kb. cm. kasdien), t° normali, Westergreen 12/30.

1937 m. sausio mėn. ligonė, kuri buvo apleidusi sanatoriją, atvyko kontrolei. Sakė, kad jai namie darę pneumotoraksą kas mėnuo. Rentgenograma parodė, kad pneumotorakso nėra. Iš naujo uždėti nepavyko. Ligonis jaučiasi gerai, kataro nėra. Rentgenograma parodė dešiniųjų plaučių užtemimą ir deviatio mediastini, kavernų nematyti. Gal ir užteks pneumoterapijos.

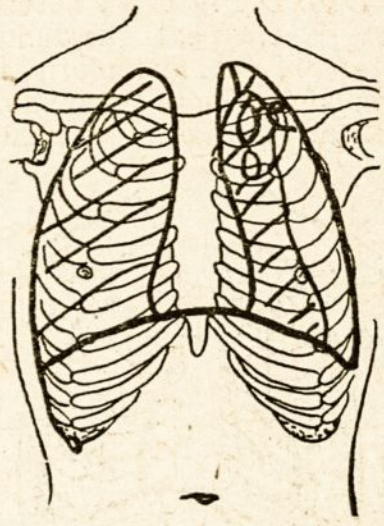
Kitais atsitikimais mums nepavyko pasiekti visiško plaučių supuolimo ir teko pasitenkinti pagerėjimu del kolapso. Neretai pasiekiamas kliniškai žymus ligonio pagerėjimas, visų rentgenologiškų ir kliniškų simptomų išnykimas.

4. Lig. *M. V.*, *29* metų amž., policininkas, tbc. pulmonum fibroproductiva cavernosa sinistra. Atvyko į Panemunės sanatoriją 1936. II. *2* d.; skrepliuose Koch +, Westergreen 32/60. Pneumotoraksas iš kairės davė nevisišką plaučių supuolimą, nes kairieji plaučiai priaugę visai prie diafragmos apačioje ir keliais suaugimais fiksuoti prie viršutinės dalies. Viršutinėje dalyje po suaugimais matomos dvi jų tempiamos kavernos (žiūr. 7 schemą).

1936. IV. 28 d. torakokaustika. Torakoskopija parodė 6 suaugimus, einančius supero-anteriorišKai: vieną juostos pavidalo, vieną membraminį, tris juostelių pavidalo ir 1 juostos pavidalo. Visi jie nudeginti paeiliui prie parietalinio galo. Po to pastebėtas dar vienas, kuris ėjo posteroSuperioriškai iš viršūnės, platus, 2 cm. ilgumo; į jį iš dalies įeina plaučiai; jis enukleuotas iš thorax'o sienos. Baigus šitą nudeginimą, paste-



7 schema.

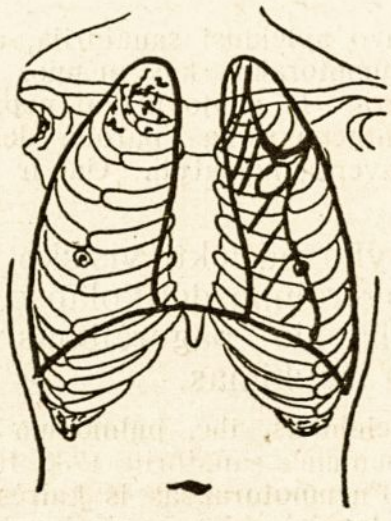


8 schema.

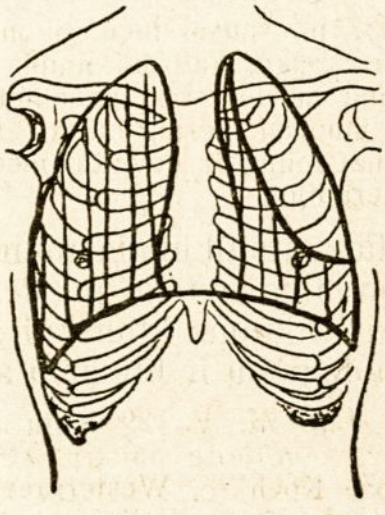
Ligonio **M. V.** kair. plaučių rentgenogramų schemos:
Prieš torakokaustiką. Po torakokaustikos.

bėtas platus ir trumpas suaugimas, einąs iš pačios viršūnės. Jis paliktas, nes jo nudeginimas, atrodo, būtų buvęs labai sunkus, o, be to, jis gali nekliudyti kolapsui. Po operacijos t^0 38,3°—38,5° per 4 dienas; sinuse mažas eksudatas, kuris rezorbavosi per 4 savaites. Kavernos supuolė ir nuotraukoje nematomos, bacilai skrepliuose išnyko, Westergreen 4/11 (žiūr. 8 schemą). Ligonis iš sanatorijos išsirašė 1936. VI. 30 d. Mums teko kelis kartus papildyti pneumatoraksas ambulatoriškai. Ligonio savijauta puiki.

5. Lig. *K. G.*, 25 metų amž., gailest. sesuo, atvyko į Panemunės sanatoriją 1936. III. 5 d. su padarytu prieš mėnesį kairiųjų plaučių pneumotoraksu; Westergreen 34/59, t^0 subfebrilė, skreplių 3—5 kb. cm. per parą,



9 schema



10 schema.

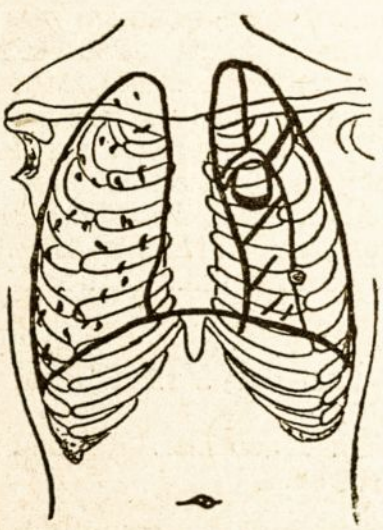
Ligonio **K. G.** kair. plaučių rentgenogramų schemos:
9 schema. Po torakokaustikos.

juose daug Koch'o bacilų. Rentgenogramoje 1936.III. 16 d. matomi ties diafragma plačiai priaugę plaučiai, ir prie viršūnės (žiūr. 9 schemą). Be to, matomas šoninis suaugimas ties 2—3 šonkauliu, ties juo matoma kaverna. Dešiniajame viršutiniame segmente yra maža infiltracija. Gydymas pneumotoraksu per 3 mėn. davė šitokius rezultatus: išnyko skrepliai, t^0 normali, bet kaverna buvo matoma. V. 28 d. padaryta del to torakoskopija: viršutiniame segmente parenchiminis, 3—4 cm. ilgumo, 1,5 cm. storumo ir 3 cm. platumo, einąs superio-posterioriškai, inseruojantis ties III šonkauliu, tempiąs plaučius suaugimas. Jis nudegintas ties parietaliniu galu. Plaučiai atšoko ir supuolė. Be to, pavyko nudeginti, bet tik iš dalies, žemiau esąs suaugimas infero-posterioriškai. Maža emfizema, t^0 normali, eksudato nebuvo. Rentgeno tyrimas parodė, kad plaučiai yra supuolę, šone, palikęs priaugimas ties viršutine dalimi ir diafragma, bet kavernos nematoma. Ligonė abacilinė. Išeinant iš sanatorijos 1937. VII. 21 d. Westergreen 11/25. Kontrolė 1936. XII. 2 d. rodo gražų pneumotoraksą viršutiniame segmente, nėra kosulio ir skreplių, t^0 normali (žiūr. 10 schemą). Ligonė dirba gailestingosios sesers darbą, pneumotoraksas jai papildomas namie. Infiltracija dešiniuosiuose plaučiuose išnyko.

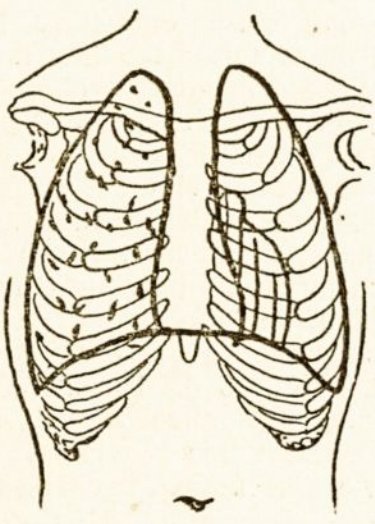
Keliais atsitikimais, nepaisant gauto gero kolapso arba jo pagerėjimo, reikiamo efekto nepavyko gauti. To priežastimi buvo arba antrosios pusės susirgimas, kuris kartais po laikinio pagerėjimo vėl pablogėja, arba susirgusių plaučių neužtenkamas supuolimas.

Štai atsitikimas, kur del antros pusės pablogėjimo ligonis mirė:

6. Lig. *K. O.*, 23 metų amž., ūkininkė, atsigulė į Panemunės sanatoriją 1932. V. 12 d. su pneumotoraksu, padarytu kitur prieš 8 mėn. Rastas iš kairės pneumotoraksas, plaučiai beveik visiškai supuolę, tik jų viršutinėje dalyje yra kumščio didumo kaverna, tempiama dviejų ilgų suaugimų. Dešiniuosiuose plaučiuose smulki diseminacija visame plote. Koch'o bac. +, t^0 subfebrilė, Westergreen 13/36 (žiūr. 11 schemą).



11 schema.



12 schema.

Ligonio K. O. kair. plaučių rentgenogramų schemos:
Prieš torakokaustiką. Po torakokaustikos.

Kadangi mes tik šituo atveju pradėjome vartoti kaustiką (tat buvo mūsų pirmasis atsitikimas), tai del technikos stokos nepavyko visų suaugimų, kurie torakoskopuojant buvo matomi, iš karto nudeginti.

Intervencija buvo atlikta per 2 seansu: V. 20 d. ir VII. 14 d. Po pirmo seanso t° pakilo 1 savaitę ir buvo mažas eksudatas. Po antro reakcijos nebuvo. Plaučiai visiškai supuolė, skreplių kiekis žymiai sumažėjo (prieš kaustiką buvo 50—60 kb. cm., po kaustikos 2—3 kb. cm. per dieną) (žiūr. 12 schemą). Ligonis pradėjo gerai valgyti, sustiprėjo. 1932. VIII. 10 d. pasibaigė gydymo leidimas, ligonė išsirašė ir buvo gydyta ambulatoriškai, bet po kelių mėnesių vėl pablogėjo ir, pagaliau, atsiradus stambiems lizdams antruosiuose plaučiuose, mirė.

Galima būtų galvoti, kad gerose sąlygose (ligonės ekonominė būklė bloga) diseminavęs antrųjų plaučių susirgimas būtų galėjęs rezorbuotis.

Sekančiu atsitikimu, nors po suaugimų nudeginimo ir padidėjo kolapsas, bet bacilai skrepliuose neišnyko.

7. P-lė *R. J.*, 24 m. amž., darbininkė, atsigulė į sanatoriją su kairiųjų plaučių pneumotoraksu, kuris lokalizavosi viršutinėje dalyje; supuolusiuose plaučiuose matomos kavernos. Koch +. 1932. X. 23 d. torakoskopija parodė tris tempiančius plaučius suaugimus, kurie buvo nudeginti. Oro pūslė žymiai padidėjo, plaučiai priaugę ties viršūne ir ties diafragma; t° ir eksudatų nebuvo; ligonis išsirašė 1932. XI. 8 d., turėdamas bacilų skrepliuose. Nuo to laiko daromi ambulatoriniai papildymai Kauno m. sav-bės dispanseryje, antrieji plaučiai visą laiką sveiki, kolapsas toks pat, bet bacilai skrepliuose nenyksta.

Iš sunkesnių komplikacijų teko matyti vienu atsitikimu ūminė empyema ir dviem atsitikimais adhezyvinis pleuritas. Adhezyvinio pleurito metu kartais pavyksta išlaikyti kolapsas, padarius oleothorax'ą, kas šitais atvejais ir buvo padaryta.

Štai ūminės empyemos atsitikimas, praėjęs po plovimų be jokios operacinės intervencijos:

8. Lig. *B. E.*, 19 m. amžiaus, mokinė, atvyko į Panemunės sanatoriją 1935. I. 6 d. su pneumotoraksu, padarytu 1933 m. gale ir nedavusiu bacilų išnykimo. Konstatuotas kairiosios pusės pneumotoraksas, iš vidurinės plaučių pusės eina ilgas, plonas suaugimas. Skrepliuose yra bacilų. 1935. I. 30 d. torakoskopija: rastas iš vidurinės plaučių dalies einąs apie 10 cm. ilgumo juostos pavidalo suaugimas, kuris ties krūtinės ląsta lengvai nudegintas. Kitą dieną t° 39°, peršvietimas parodė visišką plaučių kolapsą ir nedidelį eksudatą, dengiantį diafragmą. T° ėmė svyruoti, eksudatas didėjo ir kovo mėn. viduryje visas pleuros tuštymas jo buvo užimtas. Punkcija: žalsvos spalvos drumstas eksudatas, kuriame rasta stafilokokų ir labai daug polinuklearų. Eksudatas siurbtas kelis kartus, ir daryti plovimai. Po kiekvieno plovimo t° krisdavo, bet po kiek laiko eksudatui augant vėl t° kildavo.

Padarytos 5 evakuacijos su plovimais: IV. 9 d., V. 7d., V. 15 d., VI. 6 d. ir VI. 15 d. Pirmus 3 kartus plovimai daryti fiziologiniu tirpalu, paskutinieji 2 plovimai — rivanoliu 1:10.000.

Po paskutinio plovimo t° krito ir daugiau nebekilo. Pneumotorakso terapija ėjo normaliai, bacilai skrepliuose išnyko.

Įdomu, kad šituo vieninteliu atsitikimu lengvas suaugimo deginimas davė ūminę empyemą. Apie infekcijos įnešimą su instrumentais netenka galvoti, nes operacija buvo greita ir lengva. Tenka manyti, kad nudeginant buvo paliestas pačiame suaugime buvęs infekcijos židinys.

Tokių komplikacijų išvengti visai negalima. Pavojų sumažina nudeginimas mažu kilpos kaitinimu, nes tada nudegini-

mas vyksta iš lėto ir audiniai spėjama sterilizuoti. Deginant su smarkaus kaitinimo kilpa, infekcijos židinys greit atidaromas suaugimuose, bet nesunaikinamas.

Dar trumpai atpasakosiu vieną iš dviejų ligos istorijų, kur po kaustikos pasidarė adhezyvinis pleuritas, grėsęs sunaikinti visą pneumotorakso efektą. Padarius oleothorax'ą, kolapsas pasiliko ir paciento savijauta yra gera.

Visada reikia atsiminti, kad gali pasidaryti adhezyvinis pleuritas. Jis gali būti eksudacinio pleurito padarinys, bet ir gali būti pleuros dirginimo vaisius.

9. Lig. *P. V.*, 27 metų amž., šeimininkė, atsigulė į Panemunės sanatoriją 1935. IV. 15 d. del dešiniųjų plaučių subklavikulinio infiltrato. Pneumotorakso terapija nuo birželio mėn. iki lapkričio mėn. nedavė pagerėjimo, nes buvo kolapsui kliudąs suaugimas. Spalių mėn. 4 d. nudeginti 4 juostelių formos suaugimai ir iš dalies vienas parenchiminis suaugimas. Plaučiai visiškai supuolė. Po savaitės atsirado eksudatas su aukšta t^0. Po savaitės t^0 krito, bet ėmė mažėti įleidžiamo oro kiekis, pav.: lapkričio mėn. spaudimas po 50 kv. cm. siekė 15—17 aukščiau nulio, nuotraukoje matomas atsipalaidavusių plaučių šešėlis. Ligonei padarytas oleotoraksas, kolapsas paliko ir būklė gera.

Tuo ir baigsiu cituoti operuotų ligonių tipingas ligos istorijas. Lieka tik patiekti gautieji statistikos duomenys. Ligonių su baigtu pneumotorakso gydymu dar beveik neturime, nes dauguma jų buvo operuoti 1935 m. ir 1936 m., kurių gydymas dar nebaigtas.

Galima provizoriškai ligoniai suskirstyti į 3 grupes:

1) visiškas efektas — čia gautas visiškas infekcijos židinio supuolimas su toksinių reiškinių išnykimu;

2) nevisiškas efektas — kur kolapsas pagerėjo ir ligonio būklė žymiai pagerėjo;

3) negauta efekto — čia ligonio būklė ar pablogėjo ar sekė exitus.

Iš 38 ligonių I-ai grupei priklauso 24 lig., t. y. 63%
II-ai „ „ 9 „ „ 23,7%
III-ai „ „ 5 „ „ 13,1%

Sulyginus su kitų autorių gautaisiais duomenimis, mūsų gautieji rezultatai nėra blogi.

Štai mūsų duomenų sulyginamoji lentelė su kitų autorių duomenimis:

	Kiek atsitikimų?	Geri rezultatai	Pagerėjimas	Nepagerėję
Mūsų	38	63,2%	23,7%	13,1%
Coulaud.	331	50%	21,4%	28,6%
Diel ir Kraemer. .	272	63%	8%	29%
Leon Bernard ir Tribuolet.	53	52%	5%	22%*)
Sayé	37	59%	8%	33%

*) 5 atsitikimais, t. y. 9,4%, apie ligonį nebuvo jokių žinių.

Baigdamas turiu pasakyti porą žodžių apie torakoskopiją. Ji padaryta 11-kai ligonių. 9 kartus patikrinta, ar galima kaustika, ir visais atvejais čia kaustikos nebuvo galima pavartoti: 7 atvejais del plaučių nudeginimui neprieinamų suaugimų, 1 atveju 9 metų pacientei prieinami nudeginimui suaugimai neliesti del pacientės neramumo, 1 atveju ties suaugimais ant parietalinės pleuros buvo pūslės su seroziniu skysčiu (pleuritis serosa circumscripta). Vienu atsitikimu torakoskopijos pagelba norėta ištirti laisvasis svetimkūnis pleuroje**) ir dar vienu atveju norėta apžiūrėti pleura prieš oleotoraksą.

Nė vienu atveju torakoskopija nesukėlė reakcijos ir galima drąsiai tvirtinti, kad torakoskopija be jokio pavojaus galima taikyti diagnostikai.

LITERATŪRA:

1. Dr. Felix Cova: Atlas thoracoscopicon. 1928. Mediolanum.
2. L. Koganas: A propos de la pleurolyse chez les porteurs de pneumothorax devenus abacilaires. „Rev. de la Tub." 1936. 8 nr.
3. Kolodnas: Torakoskopijos ir torakokaustikos reikšmė plaučių tbc. gydymui. „Medicina" 1932 m. 3 nr.
4. Jakobeus: Über die Möglichkeit Zystoskopie bei Untersuchung seröser Höhlungen anzuwenden. „Münch. med. Woch." 1910.
5. Jakobeus: Über Laparoskopie und Thorakoskopie. „Beitr. Klin. Tbc." 1912.
6. Jakobeus: Die Thorakoskopie und ihre praktische Bedeutung. „Erg. der ges. Mediz." 1925. Bd. 7.
7. Maurer et Hautefeuille: Les variations de la durée utile de pneumothorax therapeutiques. Le rôle des foyers adherentiels mal eteints. „Rv. de la Tub." 1936. 5 nr.
8. Mistal: Endoscopie et Pleurolyse. 1935. Masson.
9. Unverricht: Thorakoskopie, ihre Technik und Ergebnisse. „Tuberk. Bibliothek". 43 nr.
10. Veran: Adherences pleurales en apparence négligeables. Recidives in situ après cessation de pneumothorax en apparence efficaces. „Rev. de la Tub." 1935. 10 nr.

RESUME.

L'auteur decrit l'indications et la technique de l'operation de Jacobeus ainsi que les complications qu'ou vait au cours et après cette intervention.

En se servant de la methode de Iacoheus-Unverricht l'auteur a fait la section des brides chez 38 malades. Les resultats de superparent avec ces des autres operateurs. Parmi les complications il n'a vu qu'un cas de l'empuème mixte, qui se resorbait après lavements avec solution de rivanol.

**) Aprašyta „Medicinoje" 1935 m. 4 nr.

Dr. V. Tercijonas ir dr. Šeidytė-Mockevičienė.

Vaikų apendicitai Valst. vaikų ligoninės duomenimis*).

(Direktorius — prof. dr. V. Tumėnienė)

Vaikams apendicitas pasitaikąs 7 kartus dažniau, kaip kad suaugusiems (Selter), o, pasak Matterstock'o, 1.030 suaugusiųjų, sirgusių apendicitu, vaikų buvę tik 72.

Serga dažniau berniukai — ⅔ atsitikimų. Mūsų klinikos duomenimis iš 29 ligonių buvo 14 berniukų ir 15 mergaičių. Statistika daryta už 1924—1934 mt. 1 lentelė rodo, kuriais metais kiek buvo apendicitininkų: (žiūr. 1 lentelę).

1-oji lentelė.

Metai	Apendicitų skaičius
1924	—
1925	—
1926	1
1927	3
1928	1
1929	1
1930	5
1931	9
1932	4
1933	2
1934	3
Per 10 metų	29

Žinduoliams ir jaunesniems kaip 5 mt. apendicitai būna rečiau (Babonneix, Schlossmann). Šeimyninis palinkimas taip pat esąs. 2 lentelė rodo apendicitininkų amžių: (žiūr. 2 lentelę).

2-oji lentelė.

Amžius	Berniukų	Mergaičių	Iš viso
3	1	2	3
4	3	1	4
5	1	1	2
6	3	4	7
7	—	1	1
8	1	3	4
9	—	1	1
10	—	1	1
12	1	—	1
13	—	1	1
14	4	—	4

*) Šitam pranešimui paimti Valst. vaikų ligoninės stacionariniai ligoniai, kurių dauguma priimta su pavėluotu operuoti apendicitu. Dalis ambulatorinių ligonių, sergančių appendicitis acuta, buvo nusiųsti į chirurginę kliniką.

Apendicito susirgimų būna daugiau vasaros metu, kai pasitaiko daugiau ūminių viduriavimų. 3 lentelė rodo, kuriais mėnesiais kiek buvo apendicitininkų: (žiūr. 3 lentelę).

3-oji lentelė.

Susirgimo mėnuo	Apendicitų skaičius
Sausio	1
Vasario	—
Kovo	1
Balandžio	2
Gegužės	4
Birželio	5
Liepos	3
Rugpjūčio	4
Rugsėjo	4
Spalų	2
Lapkričio	1
Gruodžio	2

Be to, dar tada, kai siaučia gripo epidemijos, prof. Hagentorno nuomone (remiama V. D. Univ-to chirurginės klinikos medžiaga), be neįprasto valgio, stambių dietinių klaidų, susirgimams apendicitu turi įtakos staigūs oro svyravimai, ciklonų veikimas**).

Miestiečių apendicitu daugiau serga kaip kad kaimiečių. Mūsų duomenimis buvo 16 miestiečių ir 13 kaimiečių.

„Vaikų apendicitą dažnai maskuoja dispepsija (prof. Buinevičius). Juos gydo ir nuo dispepsijos ir nuo kirmėlių, kol pagaliau liga paaiškėja po staigaus priepuolio“. (Žiūr. 4 lentelę).

Kai kurių autorių (ir mūsų prof. Buinevičiaus) pareiškiama mintis, kad apendicitas esąs chroniška liga. Esą ataugos pakitimai išsivystą pamažu, liga būnanti kaip ir pasislėpusi, kol išsivystąs pirmasis priepuolis. Bent suaugusiems esą galima užtikti dispepsija, atsirūgimas, išsipūtę viduriai, kai kurių valgių nepamėgimas. Tiriant jų skrandžio sunką, esą užtinkamas hypaciditas. Toji dispepsija ir esanti apendicito priežastimi: rūgščios, nesuvirškintos masės erzinančios aklosios žarnos šarminį turinį. Iš aklosios žarnos procesas persimetąs į appendix'ą.

Dieulafoy mano, kad apendicitas būnąs del ataugos spindžio užsidarymo, t. y. kai jos dalis virsta uždaru tuštymu. Tik tuomet išsivystąs tikrasis priepuolis.

Ataugos spindis užsidaro del įvairių priežasčių: del gleivinės išburkimo, išmatų akmens. Ataugos sulinkimai, užsisu-

**) Prof. Hagentornas: Oras ir susirgimai. „Medicina“ 1936 mt. 6 nr.

kimai, prispaudimai taip pat gali uždaryti spindį. Ataugos padėtis, ilgumas turi reikšmės. Helminthiasis, pasak Tolomon'o, esąs net 25—40% apendicitų atsitikimų priežastimi. Didelės reikšmės apendicito patogenezėje skiriama oxyur'ams. Oras ir jo atmainos, gripo epidemijos, dietos klaidos švenčių metu taip pat turi reikšmės.

4-oji lentelė.

Amžius	Diagnozė	Kurie gavo ricinos ar paleidžiamųjų vaistų	Helminthiasis	Ligos išeitis	Leukocitai
3 metai (26 nr.)	Appendicitis cum periton.	Ol. ricini	—	Mirė	20.400
8 metai (21 nr.)	Appendicitis perforativa	F. Sennae	—	Mirė	
6 metai (24 nr.)	Appendicitis	Ol. ricini	—	Pasitaisęs išvyko	12.000
5 metai (19 nr.)	Appendicitis perforativa	„	—	„	
3 metai (8 nr.)	Appendicitis	„	—	Infiltrac.	13.000
5 metai (9 nr.)	Appendicitis cum periton. diff.	„	—	Pasitaisęs	
13 metų (3 nr.)	Appendicitis	„	—	Pagerėjo	10.000
4 metai (7 nr.)	Abscessus post append. perfor.	—	Duota vaistų nuo kirmėlių	Pasitaisęs	
4 metai (12 nr.)	Appendicitis perfor.	—	Turėjo daug askaridų	Pasveiko	28.000
4 metai (13 nr.)	Appendicitis acuta perforativa, peritonitis	—	„	Mirė	17.200
6 metai (14 nr.)	Appendicitis	—	Duota į vidų žibalo ir deguto	Pagerėjęs	16.000
14 metų (2 nr.)	Appendicitis	Ricina	—	Pūliai išėjo per rectum	I — 16.000; II — 26.000; III — 19.200; IV po 2 sav. 14.300.

Simptomų apžvalga. Pas vaiką galima jau už keleto dienų prieš priepuolį pastebėti blogesnis apetitas, apžėlęs liežuvis, netoks ramus miegas. Tikroji ir matoma pradžia yra, kai suskauda pilvą, ima vemti. Viduriai čia palaidi, čia vėliau kieti. Iš pradžių pilvas neišsipūtęs, spaudžiant skaudamas dešinėje pusėje, yra pilvo odos hyperestezija. Jei peritoneum paliestas, tada esti défense musculaire. Temperatūra dažniausiai pakilusi. Sunkiais atvejais pulsas pagreitėjęs, kvėpavimas

kostalinis, veidas išblyškęs, žemėto atspalvio, kiek cyanoziškas. Veide baimės išraiška.

Schlossmann skiria šias apendicito formas: lengvas apendicitas, apendicitas su plastišku periapendicitu (peritonitis circumscripta) ir peritonitis.

Lengvais apendicito atvejais vaikas 1—2 kartus vemia. Skausmai nelokalizuoti arba spaudžiant nedideli. Temperatūros arba nėra arba esti 38,0—38,5°. Pulsas nedažnas. Bendrinė savijauta nebloga. Défense ir auglio (tumor'o) nėra. Po 1—3 dienų reiškiniai išnyksta. Dažnai diagnozė lieka nenustatyta. Mūsų klinikoje kaip tik buvo panašus atsitikimas (Č. A., 6 metų, 24 nr.).

Apendicito su peritonitis circumscripta atveju esti išsipūtęs pilvas, skausmai, vėmimas. Darant lengvą perkusiją nuo periferijos į ataugą, galima nustatyti peritoneum'o sudirginimo ribos. Paprastai temperatūra esti 38,5 — 39,5° ir šitoje aukštumoje laikosi nekrisdama. (Mūsų duomenimis ir maždaug tas pat: 13 atsitikimų t° buvo tarp 37,8° ir 39,0°). Bendrinė savijauta bloga, nemigas. Dešinėje pusėje défense ir odos hyperestezija. Po 2—3 dienų toje vietoje rezistentiškumas, o tiriant per rectum jaučiamas jautrus auglys.

Per 2—3 savaites eksudacija mažėja arba pasidaro abscesas, net peritonitis.

Esant pūliniams, rectum'o ir pažastės temperatūrų skirtumas didėja nuo 0,5 iki 1,5°.

Peritonitis. Pirmas 2 dienas esti neaišku, ar aprėžtas ar bendras peritonitis. Peritonitą rodo pasikartojąs vėmimai tulžimi, kieti viduriai, įtemptas spaudžiant pilvas, palpuojant auglys neapčiuopiamas. Vėmimas ir skausmai pastovūs ir dideli. Pilvas išsipūtęs, kietas visame plote. Temperatūra 38—40°, neatitinkanti ligos sunkumo; vien iš jos to negalima spręsti. Mūsų duomenimis temperatūra buvo 38,0°—39,5°.

Pulsas būna dažnas ir mažas; mūsų atveju 140—165. Veidas pageltęs, nosis susmailėjusi, liežuvis sausas.

Mirtis ištinka po 4—6—10 dienų. Rečiau būna daugybinių abscesų susidarymas, bet mūsų klinikoje jų neteko matyti.

Piktybinė forma yra sepsinis peritonitas, kuris pasidaro po ataugos gangrenos ar perforacijos. Jau pradžioje peritoneum'o tuštyme galima rasti bakterijų. Būtis nuo pat pradžios bloga. Bendrinės intoksikacijos vaizdas, tifoidinė būtis, nevisiška sąmonė ir dažnai apgaulingas ramumas.

Pilvo skausmų gali ir nebūti. T° žema. Ryškus išblyškimas, cyanozė, sausas liežuvis, facies abdominalis. Vis dažnėjąs pulsas yra blogas ženklas. Mirtis ištinka po 2—5 dienų.

Chroniškas apendicitas visada esti po staigių buvusių priepuolių. Recidyvuojanti forma būna 20—40%. Vai-

kai laikas nuo laiko skundžiasi skausmais pilve; spaudžiant kartais skausminga netoli bambutės. Vaizdas toks, kad gana sunku atskirti nuo žarnų tuberkuliozės. Stinga simptomų, kurie rodytų appendix'o susirgimą. Galima tik pastebėti nesveika išvaizda, nevienodas apetitas. Pasikartoją vėmimai daro įspūdį, kad yra acetoneminis vėmimas. Del pasikartojančių dieglių galima įtarti neuropatinė konstitucija.

Prancūzų autoriai (Babonneix) skiria kliniškai lengvą apendicitą (appendice légère), paprastą apendicitą su plastiniu peritonitu (appendice simple avec periappendicite plastique), pūlingą periapendicitą (periappendicite supurée, bendrinį peritonitą (peritonite appendiculaire generalisée) ir toksinį apendicitą.

Pavieniai simptomai. Vėmimas vaikams gali būti skausmams nepasirodžius. Iš pradžių vemia maistu, o po to gleivėmis ir tulžimi. Labai įtartinas vėmimas, jeigu mažai arba visai nevalgo ir negeria. Pasikartoją vien po kito vėmimai yra sunkaus susirgimo požymis. Žinoma, sunkus vėmimas gali būti, kai vaikas yra neuropatiškas.

Viduriai. Pirmąsias dienas esti diarėja, o paskui obstipatio, jei nėra sepsinio atsitikimo. Smarki obstipacija, dujos neišeina — blogas požymis. Jei defekacija pasunkėjusi, tai uždegimas yra mažajame dubenyje, Douglas'e (visada tokiais atvejais palpuotina per rectum). Jei su išmatomis pasirodo kraujas, tai rodo colitis.

Šlapinimasis ir šlapimai. Jei procesas mažajame dubenyje, tai gali būti šlapinimosi sunkumai ar skausmai. Pasitaiko toksinė albuminurija su pavieniais cilinderiais. Kai šlapimuose pasirodo pūliai iš karto, tai yra trūkęs abscesas į šlapimų pūslę.

Pilvo skausmai būna visada ūminių ir sunkesnių atsitikimų atvejais. Pirmas dienas skausmai esti difuziški, apie bambą, tik vėliau dešinėje apačioje. Iš karto atsiradę staigūs skausmai rodo perforaciją. Bet ir jų nėsant gali būti perforacija. Skausmas spaudžiant: svarbu spausti ir staiga atimti ranka.

Défense musculaire rodo, kad peritoneum užimtas.

Tumor'as nuo 2—3 dienos teapčiuopiamas.

Meteorizmas negreit pasirodo.

Palpacija per rectum visada reikalinga, nes pradžia gali būti iš mažojo dubens. Storųjų žarnų tempimas (pagal Przwalsky ir Springer'į, „Mastdarmdehnung") yra tikras destrukcinio proceso požymis.

Bendrinė būtis labai svarbi. Jei nėra apetito, nemigas, jei vaikas baimingas ir neramus — rimta būtis. Veido išraiška svarbi. Facies abdominalis, apatija ir somnolentiškumas — sunkios intoksikacijos reiškiniai.

Temperatūra atipiška. Lengvais atsitikimais subfebrilė, sunkesniais — 39—39,5°. Jeigu po 2—3 dienų temperatūra krinta — rimtas atsitikimas. Staigūs ir žymūs temperatūros kilimai, pulso dažnėjimas rodo stiprų uždegimą ir palinkimą supūliuoti. Temperatūra viena, vadinasi, nėra mąstas, pagal kurį sprendžiama apie ligos eigos sunkumą. Svarbiausios reikšmės turi bendrinė būtis ir pulsas.

Tvinksnis (pulsas). Čia svarbu prisipildymas ir dažnumas. Negreitas, gero prisipildymo tvinksnis — geras požymis. Greitas tvinksnis esant vidutinei temperatūrai arba jo dažnėjimas esant krintančiai temperatūrai — blogas požymis. Bokay pastebėjęs rekonvalescencijos atveju bradikardiją. Jis tat aiškina ligonio badavimu.

Kvėpavimas abdominalinis — geras požymis.

Kraujo vaizdas: Pasak Curschmann'o, leukocitų būna iki 25.000. Pūlingo apendicito atveju būna daugiau leukocitų. Leukocitozė esanti geras požymis. Vaizdo krypimas kairėn rodo besiartinančią gangreną ir prakiurimą. (Žiūr. 5 lentelę).

Apendicito diagnozė vaikų amžiuje nevisada lengva. Jei yra vėmimas, vidurių skausmai, temperatūra, obstipatio, dujų susilaikymas, spaudžiant skaudamas pilvas, tai galima kiek drąsiau statyti apendicito diagnozė.

Vaikams netenka diferencijuoti su ulcus ventriculi, dažniausiai todėl ir nedaromas skrandžio sunkos tyrimas. Tulžies ar inkstų akmenų taip pat beveik nebūna.

Gretimų organų susirgimai gali duoti panašius reiškinius, pavyzdžiui:

1) Pyelitis, perinefritinis abscesas, pyuria, krupozinė pneumonija (mūsų klinikoje buvo 1 atsitikimas: Grig. An., 8 mt., 18 nr.).

2) Enteritis, enterocolitis gali suklaidinti. Svarbu, kad čia spaudžiant būna tik skausmai, o défense nėra.

3) Pasitaiko ir ileus nuo kirmėlių.

4) Žarnų invaginacija. Paprastai čia turime staigią pradžią, didesnius dieglius.

5) Įvairios rūšies augliai reikia visada turėti galvoje.

6) Kitos etiologijos peritonitai ne taip dažnai pasitaiko. Pav., pneumokokinis peritonitas. Čionai liga prasideda staiga, būna diarėja, kosulys ir herpes labialis. Relatyviai gera savijauta esant stipriai pasireiškusiems abdominaliniams reiškiniams.

7) Pelveoperitonitis gonorrhoica vyresnėms mergaitėms.

8) Tuberkuliozinis peritonitas retai būna staigus.

5-oji lentelė.

Kraujo analizė.

Lig.	Amžius	Priepuolis	Leukoc.	Bazof.	Eosin.	Jaun.	Stabk.	Segm.	Leukoc.	Mon.	Myel.	Pastabos
S. A. (2nr.)	14 mt.	I Appendicitis	I — 16.000; II — 26.000; III — 19.200; IV — 14.300 po 2 sav.	—	2	2	16	61	14	5	—	Pūliai per rectum.
B. (3 nr.)	13 „	I Appendicitis	10.000	—	—	—	58	17	17	3	3	Pagerėjo.
L. (4 nr.)	14 „	I Appendicitis	16.000	—	—	—	22	58	16	4	—	Pagerėjo.
G. (6 nr.)	9 „	I Abscessus	16.200	—	1	—	12	50	30	7	—	Nusėdimas 16 min. Praėjus mėnesiui kraujas rodo l — 15.000, eozin.—2, myel.—2; stabk. —15; segm.—30; myeloc.—48. Pasveiko.
A. B. (12nr.)	4 „	I Appendicitis perforativa	21.000	—	1	1	13	50	28	7	—	Pasveiko.
R. (10nr.)	8 „	I Appendicitis acuta	15.200	—	3	3	11	58	23	1	—	Pasveiko.
G. (13nr.)	4 „	I Perforatio, peritonitis	17.200	—	12	18	21	42	15	3	—	Nusėdimas 2 val. 50 min.
R. (14nr.)	10 „	I Appendicitis	9.600	1	—	4	13	45	19	8	3	Su naviku namon išsirašė.
D. (15nr.)	7 „	I Appendicitis	28.000	—	1	3	3	70	20	3	—	Pūliai per vaginam.
G. (18nr.)	8 „	I Appendicitis perforativa et pneumonia	9.800	1	1	22	49	17	10	—	-	Operuota.
K. (19nr.)	5 „	I Appendicitis perforativa	13.000	—	—	—	1	83	15	1	—	Nusėdimas 31 min. Pasveiko.
K. (20nr.)	6 „	I Appendicitis	16.000	1	2	5	11	43	35	3	—	Nusėdimas 30 min. Pagerėjęs išsirašė.
Č. (22nr.)	8 „	I Appendicitis perforativa	14.000	—	—	2	38	58	2	—	—	Nusėdimas 26 min. Pūliai pratūko per vaginam. Neoperuota.
Č. (24nr.)	6 „	I Appendicitis?	12.000	—	—	—	6	45	42	3	—	Pasveiko.
K. (25nr.)	6 „	I Appendicitis acuta Išrašytas su défense	18.400	—	3	—	6	70	15	6	—	Išrašytas turėdamas défense.

Lig.	Amžius	Priepuolis	Leukoc.	Bazof.	Eosin.	Jaun.	Stabk.	Segm.	Leukoc.	Mon.	Meyl.	Pastabos
G. (26nr.)	3 mt.	I Appendicitis cum peritonit.	20.400	—	—	—	11	69	15	3	—	Nusėdimas 25 min. Mirė.
R. (27nr.)	12 „	II Appendicitis subacuta	4.400	1	3	3	4	52	30	7	—	Pagerėjęs išsirašė.
K. (28nr.)	4 „	I Appendicitis perforativa	16.800	—	—	1	9	58	30	2	—	Pasveiko.
Ž.	6 „	I Appendicitis perforativa et peritonitis. Pasveiko	26.800	—	1	—	8	65	24	2	—	Pasveiko.

9) Mezenterinių liaukų tuberkuliozė gali duoti į apendicitą panašų vaizdą. Tik operacija čia gali išaiškinti diagnozę.

10) Pūlingas ir perforuotas diverticulitis sunku atskirti nuo periapendicito.

11) Kartais nasofaringitus ir tonsilitus lydi skausmai, simuliuoją apendicitą.

Labai svarbu apendicito atveju nustatyti ankstyva stadija. Paprastai būna toks vaizdas: auglio nėra, spaudžiant skauda tiktai appendix'o sritį ir tik ten défense. Epigastrium ir kairioji pilvo pusė laisva.

Iš pradinės stadijos po 2—3 dienų išsivysto šitoks vaizdas: dešinėje pilvo pusėje rezistencija. Iš to gali išsivystyti abscesas arba jis dar gali rezorbuotis.

Jeigu rezistencija užima didelį plotą, įtempti raumenys dideliame plote, tai, vadinasi, turime jau peritonitą. Klaidinga diagnozė arba per vėlai nustatyta diagnozė vaikams pasitaiko dažniau suaugusiems.

Paprastai į vėmimą nekreipiama dėmesio. Vaikams juk taip dažnai pasitaiko vėmimas ir nuo įvairių priežasčių! Į skausmus taip pat neperdaug kreipiama dėmesio. Juk taip dažnai vaikai rodo skausmus bambos srityje. Be to, pastebėtasis helminthiasis dažnai įgalina ir gydytojus apsirikti.

Prognozė. Pas vaikus didesnis palinkimas į perforaciją ir bendrinį peritonitą.

Visai jauniems kūdikiams prognozė blogesnė.

Gydymas. Profilaktiškai kovoti su helminthiais yra gera.

Ar operuoti, ar konservatiškai gydyti ? Jeigu reiškiniai lengvi, galima palaukti 12—24 v. Jeigu tik per 24 valandas

pablogėja, tuojau operuotina ir pagijimas tada garantuotas. 2 ar 3 dieną peritonito pavojus yra didžiausias.

Pirmą parą, esant lengviems reiškiniams, skubėti operuoti nėra reikalo, nes kartais tat visa išnyksta. Pasak Schloss-mann'o, visų įtartinų atsitikimų be atodairos operavimas reikštų mediciną paversti amatu. Antra vertus, jis pats sako, kad laukti gali tik prityręs terapeutas ar chirurgas.

Drachter'io nuomone, reikią kiekvienu apendicito atsitikimu operuoti. Tik jeigu yra abscesas, esą galima laukti, bet chirurgas turįs ligonį sekti. Laukti galima, tik jeigu bendra būtis gera, auglys mažėja, temperatūros nėra.

Drachter'io nuomone, apendicitai be operacijos nepagyją. O jei tokie atsitikimai ir būna, tai, vadinasi, neteisingai buvusi nustatyta diagnozė.

Į mūsų kliniką dauguma ligonių buvo patekę vėlai, su perforuotais appendix'ais, ir čia reikėjo laukti, tuojau nebuvo siunčiami operuoti. 6 lentelė rodo, kelintą ligos dieną buvo atvykę ligoniai: (Žiūr. 6 ir 7 lenteles).

Atvyko: 6-oji lentelė.

1-mą dieną	0 lig.	8-tą dieną	7 lig.
2-rą „	2 „	15-tą „	2 „
3-ią „	2 „	po 3 savaičių	2 „
4-tą „	5 „	po 6 „	1 „
6-tą „	3 „	po 2 mėnesių	2 „
7-tą „	2 „	2-jų ligonių susirgimo diena neaiški.	

7-oji lentelė.

Vaikų 3—14 metų amž. apendicitas:

	Berniukų	Mergaičių	Iš viso
Neoperuotų	12	10	22
Mirė	—	1	1
Operuotų	4	3	7
Mirė	—	3	3

Iš 7 operuotų vaikų, sirgusių peritonitu, mirė 3.

Dieulafoy kategoriškai yra pareiškęs štai ką: „Ūminio apendicito atveju terapeutiško gydymo negali būti, chirurgiškas gydymas čia vienintelis racionalus gydymas".

Dauguma autorių laikosi nuomonės, kad geriausiai tinka operuoti tarp priepuolių 4—6 savaitę, kai jau pavėluota operuoti.

Prancūzų autorių nuomone, vaikų ūminis apendicitas būtinai operuotinas! Apendicitu susirgęs vaikas guldomas ant nugaros. Neduodama laxans, neduodama maisto ir gėrimo. Kompresas ant pilvo ramina skausmus. Feer nepataria ledų.

Sedativa aptemdo ligos vaizdą. Jeigu ligonis neoperuotas, tai pirmą savaitę duotina tik skysčių; antrą savaitę jau galima duoti košės, mirkytų sausainių. Czerny nepataria pieno.

8-oji len
telė

Mūsų klini
kos gydymas:

Eilės Nr	Data. Kiek dienų išgulėjo klinikoje?	Pavardė, vardas, amžius	Adresas	Diagnozė ligoninėje	Anamnezė	Status praesens	Kraujo analizė	Gydymas, ligos išeitis
1	1926 mt. XII. 4 d. — XII. 6 d. (2 dienas)	**Rekešaitė Leonija,** 6 met. amž.	Aukšt. Freda	Peritiflitis	Savaitė kaip sergąs, viduriuojąs, tenezmai, buvęs karštis	Défense musculaire dešinėje ileocekalinėje srityje. Pribukimas. Skausmai. T⁰ iki 38⁰	—	Ledai, dieta. Perkelta į chirurginį skyrių*)
2	1927 mt. V. 31 d. — VI. 29 d. (29 dienas)	**Speičys Antanas,** 14 met. amž.	Laisvės al. 52 nr.	Appendicitis	1 diena kaip sergąs. Vėmęs 3—4 kartus. T⁰ 39⁰. Buvęs gavęs ricinos	Défense musculaire ties Mac-Burney'o tašku. Pilvas alsuojant nejuda. Jaučiamas infiltratas. Temperatūra 39⁰ — 37⁰.	I Leuk. — 16.000; II „ — 26.000; III „ — 19.200; IV „ — 14.300; Eoz. — 2; jaun. — 2; lazd.—16; segm.—61; lymf.—14; mon —5.	Ledai, dieta, arbata šaukšteliais. Pūliai tekėjo per rectum. Išrašytas sveikas.
3	1927 mt. IX. 14 d. — IX. 21 d. (7 dienas)	**Butkevičaitė Genė,** 13 mt. amž.	Vendžiogala	Appendicitis	Susirgusi prieš 5 dienas su skausmais dešinėje pilvo pusėje, vėmimu. Buvusi gavusi ricinos.	Pilvas išsipūtęs, défense musculaire ir skaudamumas dešinėje ileocekalinėje srityje	Leuk. — 10.000, stab. — 58, segm. — 17; lymf. — 17; mon. — 3; myel. — 3	Ledai, dieta, vėliau šildomas kompresas. Išrašyta pagerėjusi.
4	1927 mt. IX. 19 d. — X. 4 d. (15 dienų)	**Lagunavičius Jonas,** 14 mt. amž.	Kaunas, Ukm. pl. 129 Nr.	Appendicitis	Susirgęs prieš savaitę su temperatūra, buvę palaidi viduriai.	Liežuvis apžėlęs, dešinėje ileocekalinėje srityje défense musculaire. Pilvo reflekso nėra. T⁰ 39⁰ → 37,5⁰.	Leuk. 16.000, lazd. — 22, segm. — 58, lymf. — 16, mon. — 4.	Dieta, kompresas. Išrašytas pagerėjęs
5	1928 mt. IX. 25 d. — X. 14 d. (19 dienų)	**Žarnauskas Antanas,** 14 mt. amž.	(?)	Status post operationem (appendicitis)	Prieš 2 savaites daryta prof. Hagentorno klinikoje appendectomia. Operacinė žaizda negyja.	Išorinė operacinio pjūvio dalis pūliuoja. Yra kišenių. Sekrecija nedidelė. T⁰ 37,5⁰. Pulsas 120.	—	Perrišimai.
6	1929 mt. VI. 14 d. — VII. 25 d. (41 dieną)	**Gapsevičaitė Elena,** 9 mt. amž.	Lapių vals., Gepsiškių km.	Appendicitis abscessus	Serganti 6 savaites. Susirgusi ūmai, pradėję skaudėti dešinę koją	Pririesta koja, skaudama, negali ištiesti. T⁰ 38⁰. Mac-Burney'o taške skausmingumas, défense. Apčiuopiamas infiltratas (VI. 27 d.) Palaidi viduriai. T⁰ iki 39⁰.	VI. 28 d. Hb. 65%; Leuk. — 16.200, Eoz. — 1; stab. — 12; segm. — 50; lymf. — 30; mon — 7. VII. 24 Hb. — 55%. L. — 15.000. Eoz. — 2; myel. — 2; stab. — 15; segm. — 30; lymf. — 48. Nusėdimas — 16 min.	Konsultuota su chirurgais. Dieta, karšti kompresai, cardiaca. Išrašyta pagerėjusi.
7	1930 mt. IV. 25 d. — VI. 7 d. (43 dienas)	**Adomaitis Bronius,** 4 mt. amž.	Griškabūdis, Šakių apskr.	Post appendicit. perforativam, abscessus	Susirgęs prieš 3 savait., skaudėję dešinę koją. Buvęs karštis. Savaitei praėjus nuo ligos pradžios gavęs vaistų nuo kirminų (išėjęs apie 10 kirm.)	Liežuvis apžėlęs, širdies tvinksnis stiprus. Dešinėje pilvo pusėje ties kirkšnimi infiltratas. Dešinioji koja pririesta. T⁰ iki 39⁰.	Hb. — 50%. Leuk. — neskaičiuota! Eoz. — 1; baz. — 2; stab. — 15; segm. — 52; lymf. — 22; mon. — 2.	Dieta, šildomi kompresai. Išsirašė pasitaisęs.

*) Negalima buvo sužinoti.

Eilės Nr.	Data. Kiek dienų išgulėjo klinikoje?	Pavardė, vardas amžius	Adresas	Diagnozė ligoninėje	Anamnezė	Status praesens	Kraujo analizė	Gydymas, ligos išeitis
8	1930 mt. VI. 1 d. — VI. 4 d. (5 dienas)	**Kundrotaitė Lucija,** 3 mt. am.	Pašušvio dv., Krakių vals., Kėdainių apskr.	Appendicitis	Susirgusi prieš 5 dienas su temperatūra ir pilvo skausmais. Viduriai buvę kieti, duota **ricinos**	Iš dešiniosios pilvo pusės ties Mac-Burney'o tašku yra défense musculaire, be to, infiltratas obuolio didumo. T° 37°.	Hb. — 80%; Leuk. 13.000.	Dieta. Išsirašė savo noru. Būtis be permainos.
9	1930 mt. VI. 7 d. — VI 16 d. (8 dienas)	**Zingermanaitė Ester,** 5 mt. amž.	Kalvarija, Naujoji g. 2 nr.	Appendicitis cum peritonite diffusa	Susirgusi prieš savaitę su skausmais pilve, vėmimu, aukšta t°. Buvę duota **ricinos,** nuo to ėmusi smarkiai viduriuoti. Būtis pablogėjusi.	Ledakumas, skausmai pilve. Pilvas išsipūtęs, skaudamas ileocekalinėje srityje. Raumens įtempti. T° iki 39,5°.	Leuk. 28.800;	Cardiaca, kompresas, ledai. Išsirašė pagerėjusi.
10	1930 mt. VIII. 16 d. — VIII. 29 d. (13 dienų)	**Razumas Jonas,** 8 mt. amž.	Ukmergė, Pranių k., Veprių v.	Appendicitis acuta	Trečia diena kaip sergąs	Pilvo raumens įtempti. Iš dešiniosios pusės pilvas skaudamas, palpuojant jaučiamas infiltratas. T° iki 38°.	Leuk. 15.200; Eoz. — 3%; stab. — 11; segm. — 58; leuk. — 23; mon. — 1; jaun. — 3.	Ledai, vanduo šaukščiukais (bado dieta). Išsirašė sveikas.
11	1930 mt. VIII. 25 d. — VIII. 30 d. (5 dienas)	**Popieraitė Aleksandra,** 6 mt. amž.	Ožkasvilių km., Šunskų v., Marijampolės ap.	Appendicitis chronica	Susirgusi prieš 2 savaites su temperatūra (39°) ir skausmais dešiniojoje pilvo pusėje. Vėmusi.	Skausmai dešiniojoje kojoje ir dešiniojoje pilvo pusėje. Palpuojant rezistencija. T° iki 38°.	—	Šilti kompresai. Išsirašė geroje būtyje.
12	1931 mt. XII. 26 d. — 1932 m. I. 5 d. (9 dienas)	**Moisėjus Antanas,** 4 mt. amž.	Gruzdiškiai, Raseinių v.	Appendicitis perforativa	Susirgęs staiga (kada, nepažymėta ligos istorijoje) su skausmais pilve. Vėmęs kirmėlėmis.	Pilvas išsipūtęs, visame plote défense musculaire. Liežuvis apžėlęs, facies abdominalis. T° 37°, tvinksnis 120. Po keturių dienų susiformavo **infiltratas.** Išmatos pūlių kvapo.	Hb. — 70% Erytr. — 4.000.000. Leukoc. — 21.000. Eoz. — 1; jaun. — 1; stab. — 13; segm. — 50; lymf. — 28; mon. — 7.	Cardiaca, ledai ant pilvo. Dieta: tik arbata šaukštukais. Vėliau kompresai. Išsirašė pasveikęs.
13	1931 mt. XI. 25 d. — XI. 27 d. (2 dienas)	**Golšteinaitė Liuba,** 4 mt. amž.	Vilkaviškis, Žemoji g-vė 2	Appendicitis acuta perforativa. peritonitis	Susirgusi prieš 3 savaites su karščiu, pilvo skausmais ir vėmimu. Išėjo askaridų.	Facies abdominalis. Nerami. Pilvas išsipūtęs, skaudamas. Dešiniojoje pusėje tumor'as. Liežuvis sausas, apžėlęs. Tvinksnis mažas, minkštas—140. Širdies tonai duslūs. T° 38°.	Hb.—75%. Erytr.—5.060.000. Leukoc.—17.200. Eoz.—12; jaun.—18; stab.—21; segm.—42; lymf.—15; mon.—3. Nusėdimas 2 v 50 min.	Cardiaca. Sol. Ringeri+ sacch. uvic. 200,0. Nusiųsta į chirurg. skyrių. Operacijos metu rasta: appendix perforavęsis, pilvo tuštyme daug pūlių. Mirė.
14	1931 mt. I. 31 d. — IV. 12 d. (13 dienų)	**Ragauskaitė Malvina,** 10 mt. amž.	Jonava, Kunigiškių km.	Appendicitis	Susirgusi prieš savaitę su skausmais pilvo apačioje iš dešinės. Vėmusi.	Dešiniojoje pilvo pusėje apčiuopiamas kumščio didumo **tumor'as.** T° iki 38,8°.	Hb.—82%. Leuk.—9.600. Eoz.—0; baz.—1; myel.—3; jaun.—4; stab.—13; segm.—45; lymf.—19; mon.—8.	Kompresas ant pilvo. Dieta. Išrašyta pagerėjusi (tumor'as kiaušinio didumo).

Eilės Nr.	Data. Kiek dienų išgulėjo klinikoje?	Pavardė, vardas, amžius	Adresas	Diagnozė ligoninėje	Anamnezė	Status praesens	Kraujo analizė	Gydymas, ligos išeitis
15	1931 mt. III. 28 d. — IV. 14 d. (17 dienų)	**Dranseikaitė Ona,** 7 mt. amž.	Kėdainių apskr., Medekšų km.	Post appendicitidem	Prieš 2 mėnesius viduriavusi kraujais. Prieš 3 savaites suvalgiusi rūkytos mėsos ir vėl susirgusi viduriavimu, vėmusi, ėmęs pilvas skaudėti. Buvusi pakilusi t⁰. Gulėjusi Kėdainių ligoninėje su nenustatyta diagnoze apie 12 dienų, po to gulėjusi namie. Paskui vėl ligoninėje 5 dienas ir iš ten atsiųsta į kliniką.	Pilvas išsipūtęs, dešiniojoje apatinėje pilvo dalyje aiškiomis ribomis, elastiškos konsistencijos **tumor'as.** Viduriai kieti.	Hb.—58%. Leukoc.—28.000. Eoz.—1; stab.—3; segm.—70; jaun.—3; lymf.—20; mon.—3.	Kompresai ant pilvo. Dieta. Pūliai prasimuše pro vaginą. Plovimai. Išsiraše pasveikusi.
16	1931 mt. IV. 25 d. — V. 6 d. (15 dienų)	**Rubikas Liudas,** 14 mt. amž.	Vendžiogala	Appendicitis	Susirgęs prieš 3 dienas su vėmimu, skausmais dešiniojoje pilvo pusėje. T⁰ buvusi 38,4⁰.	Skauda pilvą, jaučiąsis esąs silpnas. Tvinksnis 100. Dešiniojoje pilvo pusėje stiprus défense musc. Po kiek laiko apčiuoptas **infiltratas.** T⁰ iki 38⁰.	—	Ledai. Vėliau kompresas. Po to vėl ledai, nes t⁰ pakilo. Išsirašė pagerėjęs.
17	1931 mt. V. 9 d. — V. 10 d. (2 dienas)	**Gaižutis Stasys,** 6 mt. amž.	Kaunas, Basanavičiaus alėja 20	Appendicitis acuta	Susirgęs su skausmais pilvo dešiniojoje pusėje. (Kada, nepažymėta).	Paviršutiniškas alsavimas. Tvinksnis 160. Pilvas išsipūtęs, skaudamas, défense. T⁰ 38,4⁰.	—	Cardiaca. Ledai. Nusiųstas į chirurginį skyrių[1]).
18	1931 mt. VII. 12 d. — VII. 17 d. (5 dienas)	**Grigaitytė Anelė,** 8 mt. amž.	Kėdainių apskr., Josvainiai	Appendicitis perforativa (et pneumonia dextra)	Susirgusi prieš 6 dienas su karščiu ir kosuliu. Viduriuojanti.	Facies abdominalis. Liežuvis sausas, apžėlęs. Pilvo sienelės įsitempusios, skaudamos.	Leuk. – 9.800. Eoz.—1; baz.—1; jaun —22; stab.—49; segm.—17; lymf.—10. Šlapimuose yra baltymų.	Cardiaca. Sol. Ringeri. Kompresai ant pilvo. Išsiųsta po 5 dienų į chirurginį skyrių[2]).
19	1931 mt. X. 15 d. — XI. 15 d. (1 mėnesį)	**Kulikauskas Stepas,** 5 mt. amž.	Kaunas, Laisvės al. 36, b. 8	Appendicitis acuta perforativa	Susirgęs prieš 3 dienas, suskaudėję po krūtine, gavęs **ricinos** 2 valgom. šaukštu. Vėmęs. Pilvas išsipūtęs.	Ramus, gera nuotaika. Pilvas išsipūtęs, refleksai yra. Dešiniojoje pusėje lengvas défense musculaire. Kitą dieną apčiuopiamas **infiltratas** Tvinksnis 86. Po 2-jų dienų infiltratas padidėjo. T⁰ iki 38,5⁰. Tvinksnis 120.	Leukoc.—13.000. Hb.—53%. Stab.—1; segm.—83; lymf.—15; mon.—1. Nusėdimas 31 min.	Cardiaca, ledai, 2 dienas, po to kompr. Infiltratas mažėjo. Pasveiko.
20	1931 mt. IX. 16 d. — X. 3 d.	**Kriščiūnaitė Janina,** 6 mt. amž.	Kėdainių ap., Surviliškių valsč.	Appendicitis	Susirgusi prieš 3 paras su pilvo skausmais ir temperatūra. Vėmusi. Duota vidun žibalo ir deguto nuo kirmėlių.	Liežuvis apžėlęs, dešiniojoje pilvo pusėje skaudamumas, kietas patinimas. T⁰ iki 38⁰. Tvinksnis 120.	Hb. — 75%. Erytr.—3.900.000. Leukoc.—16.000. Lymf.—35; stab.—11; jaun.—5; eoz.—2; mon.—3; baz.—1; segm.—43. Kraujo nusėdimas 30 min.	Šiltas kompresas. (Ledų nepakenčia!). Dieta. Išsirašė žymiai pagerėjusi.

[1]) Chirurg.: App. acuta. Operacijos metu rastas appendix sustorėjęs, pripildytas pūlingu eksudatu, perforuotas. Operuota X. 7. X. 19 išsirašė sveikas.

[2]) Appendic. acuta. Komplikacija: peritonitis diffusa. Operacijos metu app. rastas perforuotas. Pilvo tuštyme rasta apie 1½ ltr. pūlių. Operacija XII. 17. ir tą pačią dieną mirė.

Eilės Nr.	Data. Kiek dienų išgulėjo klinikoje?	Pavardė, vardas, amžius	Adresas	Diagnozė ligoninėje	Anamnezė	Status praesens	Kraujo analizė	Gydymas, ligos išeitis
21	1932 mt. V. 15 d. — V. 17 d. (2 dienas)	**Sidaravičiūtė Laimutė,** 8 mt. amž.	Kaunas, Aukštaičių g. 27	Appendicitis perforativa	Susirgusi prieš 2 dienas su vėmimu, karščiu, skausmais dešiniojoje pilvo pusėje. Gavusi Infusum Sennae.	Nerami, liežuvis sausas, apžėlęs. Pilvas išsipūtęs, skaudamas, raumens įtempti. Perkutuojant dešinėje pribukimas. T° 39°. Tvinksnis 114.	—	Cardiaca. Nusiųsta į chirurginį skyrių[1]).
22	1932 mt. V. 25 d. — VII. 3 d. (1 mėn. ir 8 dienas)	**Čižiniauskaitė Janė,** 8 mt. amž.	Kaunas, Jonavos g. 5 nr.	Appendicitis acuta perforat.	Susirgusi prieš parą su vėmimu, pilvo skausmais.	Guli su pritrauktomis prie pilvo kojomis. Liežuvis sausas. Pilvas išsipūtęs, skaudamas. Pilvo refleksai dešinėje kiek silpnesni. T° 38.	Leukoc.—14.000. Jaun.—2; stab.—38; segm.—56; lymf.—3; mon.—1. Nusėdimas 26 min. Šlapimuose baltymas.	Cardiaca, sedativa. Ledai 10 dienų, po to šildomi kompresai (pakaitomis pagal būti). 24-tą dieną pratrūko per vaginą. Perkeltą į chirurginį skyrių.
23	1932 mt. VI. 13 d.—VI. 17 (4 dienas)	**Baumanas Albertas,** 3 mt. amž.	Šančiai, Drobės g. 58 nr.	Appendicitis (post operat.)	Prieš 7 dienas operuotas. Dabar viduriuoja.	Viduriuoja. Žaizda sugijusi.	—	Dieta. Pasveikęs išrašytas.
24	1932 mt. VIII. 22 d. — VIII 26 d. (4 dienas)	**Čepilionis Alfonsas,** 6 mt. amž.	Žiežmarių v., Morkūnų km.	Appendicitis?	Susirgęs prieš 7 dienas su karščiu, pilvo skausmais. Namie buvę duota **ricinos.** Vėmęs.	Liežuvis sausas, apžėlęs. Pilvas įdubęs, kietas. Opistotonus. Turi daug askaridų ir oxyuris. T° iki 37,5°. Šlapimuose acetonas.	Hb.—73%. Erytr.—5.740.000. Leukoc.—12.000. Eoz.—0; jaun.—0; stab.—6; segm.—45; lymf.—42; mon.—3.	Išvarytos askaridos. Išrašytas tėvams prašant.
25	1933 mt. VII. 10 d. — VII. 19 d. (9 dienas)	**Klevkis Emilis,** 6 mt. amž.	Žvyrių k., Jurbarko v., Raseinių ap.	Appendicitis acuta	Susirgęs prieš 5 dienas su vėmimu, viduriavimu ir karščiu.	Skauda pilvas, įtemptas dešinėje ileocekalinėje srityje. Neturi apetito. Liežuvis apžėlęs. T° iki 37,8°. Tvinksnis 80.	Leukoc.—18.400. Hb.—70%. Eoz.—3; stab.—6; segm.—70; lymf—15; mon.—6.	Cardiaca. Ledai 6 dienas, po to kompresas. Išrašytas tėvams prašant. Būtis: dar yra raumenų įtempimas, liežuvis apžėl.
26	1933 mt. X. 20 d. — XI. 3 d. (14 dienų)	**Gutauskaitė Zozė,** 3 mt. amž.	Jonava, Šenoji g. 115 nr.	Appendicitis cum peritonit.	Susirgusi prieš 2 dienas staiga: pavalgius užėję skausmai dešiniojoje pilvo pusėje, pakilusi t°. Duota **ricinos.** Po to vaikas staiga pasikeitęs-pabalęs, akys įdubusios.	Mieguista, nerami. Akys įdubusios. Liežuvis sausas, apžėlęs. Pilvas išsipūtęs, jautrus. Dešinėje défense musculaire. T° subfebrilė, o tvinksnis 163. 6-tą dieną ligoninėje. Dažnas vėmimas.	Leukoc.—20.400. Stab.—11; segm.—69; lymf.—15; mon.—3; Türk'o—2. Hb.—70%. Erytr.—4.200.000. Nusėdimas 25 min.	Cardiaca. sol. Ringeri su sacchar. uvic. Lašų klizmos iš sol. Ringeri. Mirė.
27	1934 mt. VI. 28 d. — VII. 3 d. (5 dienas)	**Rainys Kipras,** 12 mt. amž.	Kėdainių ap., Šerevų km., Josvainių valsč.	Appendicitis subacuta	Prieš 2 mėn. staiga susirgęs viduriavimu. T° buvusi 37°—38°. Gulėjo klinikoje, pagijo. Prieš savaitę vėl skausmai.	Pilvas išsipūtęs, skaudamas ties bamba. Tarpais užeina skausmai pilve, ligonis tada susiriečia. T° iki 36,8°.	Leuk.—4.400. Eoz.—3; baz.—1; jaun.—3; stab.—4; segm.—52; lymf.—30; mon.—7. Išmatose daug askaridų ir trichocephalus'ų.	Gydymas nepažymėtas. Išsirašė pagerėjęs.

[3]) Appendicitis acuta perforativa, gangrenosa. Komplikacija: peritonitis appendix; cavum abdominis pilnas pūlių. Difuzinis peritonitas. V. 19 mirė.

fulminans. Operacijos metu rasta nekrotizuotas, multipliškai perforuotas (V. 17)

Eilės Nr.	Data. Kiek dienų išgulėjo klinikoje?	Pavardė, vardas, amžius	Adresas	Diagnozė ligoninėje	Anamnezė
28	1934 mt. VII. 3 d. — VIII. 9 d. (1 men. 6 d.)	**Kulbisas Aronas,** 4 mt. amž.	Kaunas, Daukšos g. 16	Appendicitis perforativa	Susirgęs prieš 6 dienas su temperatūra, vėmimu ir viduriavimu.
29	1934 mt. VIII. 9 d.	**Žemeckaitė Stasė,** 6 mt. amž.	Vilijampolė, Michalinava	Appendic. perforat. et peritonitis	Prieš 3 dienas staiga susirgusi su t°, vėmimu ir pilvo skausmais.

Status praesens	Kraujo analizė	Gydymas, ligos išeitis
Pilvas išsipūtęs, visas skaudamas, ypač dešinėje. Raumenys įtempti. Neramus. T° iki 38,8°. Tvinksnis 150.	Leuk.—16.800, o po 25 dienų 10.600; Stab.—8; jaun.—1; segm.—59; lymf.—36; mon.—2.	Tik vanduo. Ledai 1 dieną blogai veikė, tad kompresas; po to vėl ledai. Dieta. Cardiaca, sedativa. Pasveiko.
Nerami. Pilvas skaudamas, įtemptas. Po 6 dienų difuziškas pilvo įtempimas. Dar po 3 dienų infiltrato apsirėžimas. T° iki 38°.	Leukoc.—26.800; Hb.—80%. Eoz.—1; stab.—8; segm.—65; lymf.—24; mon.—2.	Cardiaca, ledai. Dieta. Išsirašė pasveikusi.

Appendicitis perforativa (išgijusių) maistas.

Pirmąsias dienas duotina tik arbata šaukšteliais, arba arbata su citrina ir sacharinu.

Savaitės gale ryžių skystimas; prie jo kartais pridedama apelsinų sunkos. Pagal ligos būtį, be to, dar skystas kisielius.

Maždaug 8-tą dieną prie ryžių skystimo pridėtina ¼—½ karvės pieno, truputis sviesto.

Atsargiai ir bulionas. Po kelių dienų prie buliono pridedamas kiaušinio trynis. Be to, kompoto skystimas, želė su citrina, sutrintas bananas. Antros savaitės gale pradedama duoti daržovių sunkos košės su miltais arba tiesiog daržovių sunkos monų košė. Vėliau daržovių ar bulvių piurė, kava +½ karvės pieno + sausainių.

Trečią savaitę monų košė bulione. Ryžių skystimas pusiau su karvės pienu + sausainių, keptų obuolių.

Ketvirtos savaitės gale pieniška sriuba.

Apie 30-tą dieną šaukštais kapotos mėsos.

Išvada.

Appendicitis diagnostika vaikų amžiuje dažnai būna pavėluota ir todėl praleidžiamas patogus operacijai laikas. Konservatiškai gydyti pacientai, nors jų liga truko ilgai, klinikos sąlygose davė neblogus rezultatus (iš 12 mirė 1).

Zusammenfassung.

Die Diagnose „Appendicitis“ im Kindersalter wird oefters zuspaet gestellt, deshalb wird auch der guenstige Moment fuer die Operation versaümt. Die konservativ behandelte Kranken, obwohl ihre Krankheitsdauer lang war, gab in den klinischen Verhaeltnissen recht zufriedende Resultate (von 22 starb 1). Von 7 operierten, die schon Peritonitis hatten, starben 3.

Doc. B. Sidaravičius.

Neurosyfilio pažinimas, profilaktika ir gydymas.

(Iš V. D. Univ-to Odos ir veneros ligų klinikos. Vedėjas — doc. B. Sidaravičius)

(Pabaiga)*)

IX. Neurosyfilio gydymo rezultatai.

A. Paralysis progressiva gydymo rezultatai.

1. Gydymas maliarija.

Kaip jau minėta, didelė vadinamojo „liquorleus'o“ dalis spontaniškai pasitaiso. Kliniškai ir serologiškai manifestinės neurosyfilio formos gali, nors retai, atsitaisyti, o dažnai parodo remisijų. Paralysis progressiva duoda nuo ½ iki 6 mt. remisijas (Dattner). Atskirti gydymo pasiekti rezultatai nuo spontaniškų pagijimų ir remisijų yra labai sunku. Teigiamas maliarijos gydymo veikimas paralysis progressiva ligai, pasak Dattner'io, turėtų reikštis: 1) somatišku pagerėjimu, kurio beveik niekada nesulaukiama; pupilių reflekso stoka, kas beveik niekada negrįžta; pilnos remisijos metu, kai humores neigiami, vis tik lieka dysarthria, ataxia, monotonia, rašto sutrikimo simptomas etc.; 2) labai ryškiu psichiniu pagerėjimu; juo ankstybesnėje paralysis progressiva stadijoje pradėtas gydymas, tuo geresni rezultatai; svarbu, kad ligonis atgautų darbingumą ir kad destrukcinis procesas sustotų; gydytų maliarija paralytikų statistikos vertingos tik tokios, kurios nurodo galutinius rezultatus, t. y. tokius paralytikus, kurių ilgesnis stebėjimas gali patvirtinti proceso sustojimą, ir tokius, kurie žuvo nuo paralysis

*) Pradžią žiūr. „Medicinos“ 1937 m. 5 num., 359—371 pusl., ir tęsinį „Medicinos“ 1937 m. 6 num., 463 pusl.

progressiva; ar prailgina paralytiko gyvenimą gydymas maliarija, sunku atsakyti, nes beveik visos statistikos pasižymi per mažu stebėjimų skaičiumi ar per trumpu stebėjimo laiku; 3) humorališku pagerėjimu, pasak Dattner'io, visai sutampančiu su kliniškų pagerėjimu. Plaut, O'Leary statistikos tvirtina tą patį. Kai po kliniškosios remisijos neina serologinis, ypač liquor'o pagerėjimas, ligonio prognozė bloga.

Sergant paralysis progressiva, humores gali spontaniškai negatyvuotis, bet toli gražu ne taip pastoviai, kaip kad po gydymo maliarija. Humoralinis sindromas po gydymo ar spontaniškos remisijos taisosi labai pamažu ir liquor'o būklė gana vaizdžiai nusako centrinės nervų sistemos smegenų plėkšnelių sveikatos būklę. Pirmiausia mažėja cytozė, pradingsta plazminiai narveliai, vietoje polymorfiškų narvelių pasirodo maži lymfocitai, mažėja baltymų ir globulinų kiekiai, o paskiausiai negatyvuojasi koloidinė ir WaR reakcijos. Pappenheim ir Volk šitą liquor'o gerėjimo tvarką gal netiek ryškiai pastebėjo, gydydami paralysis progressiva tuberkulinu dar prieš maliarijos gadynę. Po maliarijos specifiški vaistai lengviau pereina iš kraujo į liquor'ą, del to liquor'o sveikimo eiga greitesnė. Kartotiniai liquor'o tyrimai parodo, kad sykį pasveikęs liquor'as daugiau nebeatkrinta. Jei liquor'as, nepaisant gydymo, visiškai ar iš dalies lieka pastoviai teigiamas — prognozė bloga. Vienas kliniškas pagerėjimas, likus teigiamam liquor'ui, nieko gero nelemia. Visišką klinišką remisiją normaliai seka humoralinė remisija. Iš tų stebėjimų Dattner prieina šias išvadas: 1) stacionarinis ar visai sustojęs paralytinis procesas duoda neigiamą liquor'o sindromą; 2) neigiamą liquor'o sindromą gali parodyti visiškai nusilpęs paralytiko organizmas; 3) pasibaigus paralytiniam procesui gal būt vyksta organizme kitas patologiškas procesas, nespecifiško dirginimo sukeltas ir paeinąs iš pagrindinės ligos; nepaisant neigiamo liquor'o sindromo, tas procesas gali žengti pirmyn.

Maliarija gydymo rezultatai labai sunku įvertinti, nes pateiktos statistikos labai nevienodos. Po gydymo maliarija remisijų sulaukiama 8—51%, mirčių 2—47,7% (Jossmann). Patikimesnė yra Dattner'io surinkta statistika 129 paralysis progressiva atsitikimų, gydytų maliarija ir stebėtų 8—10 mt. Atsitikimai suskirstyti į visai pagijusius, pasitaisiusius ir mirusius. Po 8 mt. visiškų remisijų liko 38,3%, pasitaisiusių 8—6%, mirusių 53,1% (iš šitų 25% nuo interkurentinių ligų). Leroy ir Medakovitch surinko 44 negydytus ir 102 maliarija gydytus paralytikus. Pirmųjų tarpe matė 2% remisijų, gydytųjų skaičiuje 59% remisijų, Birner po 3 mt. stebėjimo negydytų skaičiuje rado 30% gyvų, maliarija gydytų skaičiuje 66% gyvų. Maliarija kartais pataiso juvenilinio ir senilinio amžiaus

progresyviškus paralytikus, kurie seniau būdavo visai be vilties.

Maliarija reikalinga papildyti specifišku gydymu del to, kad nuo vienos maliarijos didelis % paralytikų nepasitaiso. Specifiškas gydymas po maliarijos darosi veiklesnis. Paralysis progressiva incipiens geriau pasiduoda gydomas negu įsisenėjęs. Wagner v. Jauregg teigia, kad 7—8 maliarijos priepuoliai geriau paveikia negu 10—12; esti geresni padariniai, kai aukšta t° priepuolių metu ilgiau laikosi.

Pasak R. Müller'io, maliarija sirgimo metu prasideda inkapsuliuoto spirochetų židinio reakcija, lokalinė hyperemija, transudacija, del to chemoterapeutica lengviau pasiekia gilesnius ligos židinius; kraujo-liquor'o užtvaros praleidžiamumas padidėja ir į kraują suleisti vaistai lengviau pasiekia smegenų parenchimą (Pötzl). Wechbrodt tiki, kad po maliarijos spirochetų gyvybingumas sumenkėja ir jos greičiau žūsta. Del to Wagner v. Jauregg siūlo po maliarijos duoti stiprų salvarsano kursą po 0,15 kasdien, iš viso 5,0. Dattner prieš salvarsano injekciją siūlo nuleidinėti 20—25 kb. cm. liquor'o, kas palengvina salvarsano priėjimą prie smegenų. Apskritai, maliarija + salvarsanas duoda geresnių rezultatų, negu viena maliarija. Kai kurie autoriai duoda labai didelius salvarsano kursus: Sioli duoda net 20,0 salvarsano, Lees iki 50,0 tryparsamid'o kartu su 6,0—8,0 Bi. Jų sulaukti rezultatai panašūs. Vienos klinikos rezultatai: 30,6% visiškų remisijų, 50% vid. remisijų, 19,4% mirčių. Intensyviai gydant liquor'as greičiau taisosi, bet Dattner'io manymu tat pavojinga maliarijos nuvargintam ligoniui. Paralysis progressiva gydymo kitomis priemonėmis padariniai žymiai menkesni. Aš čia paminėsiu tik mūsų sąlygose prieinamesnių gydymo būdų rezultatus.

2. Paralysis progressiva gydymas tuberkulinu.

Wagner v. Jauregg nustatė, kad ATK apskritai teigiamai veikia neurosyfilį. Šitas būdas patogus del to, kad beveik nežino kontraindikacijų. Anglade vartojo šitą būda šiaip: 2 lašai ATK su 20 kb. cm. fiziologinio skiedinio į gl.; tat pakelia t° iki 41°; injekcijas kartoja kas 48 val., iš viso padaromos 8 injekcijos; neduodama daugiau kaip 20 lašų ATK. Rezultatas — apie 40% neurosyfilio pagerėjimų.

3. Pyrifer.

Gydymas pyrifer'u dažnai vartojamas tais atsitikimais, kai negalima gauti maliarijos, kai yra maliarijai kontraindikacijų, arba vietoje kartotinės maliarijos. Duodama 12—15 pyrifer'o injekcijų, kurios pakelia t° aukščiau kaip 40°. Jei t° nežymiai tik pakyla, tada nereikia duoti daugiau kaip 15.000—20.000 E., nes neurosyfilis nuo perdidelių dozių blogėja.

Roggenbau pyrifer'o atakos metu injekuoja salvarsano pakaitomis su Bi (iš viso 4,5 Sa + 15,0 Bi) ir gauna panašius rezultatus, kaip kad gydydamas maliarija.

4. Gydymas kitomis priemonėmis.

Pastaruoju laiku labai propaguojamas neurosyfiliui gydyti stovarsol'is, spirocid'as, salvorsin'as ir tryparsamid'as, bet didesnių pasisekimų statistikos dar nepaskelbtos.

Pieno, sieros preparatų injekcijos duoda menkus rezultatus, gydant paralysis progressiva, del to vartojamas tada, kai kitų būdų nėra kaip pavartoti. Paralysis progressiva remisijos ir tariami pagijimai dažnai recidyvuoja. Recidyvo atveju reikalinga pakartoti maliarija ar kitas kuris aukščiau išvardytas gydymas. Viena iš sunkiausių paralytikų komplikacijų gydant maliarija yra paranoidinė haliucinacija (paranoia, schizophrenia, katatonia, halucinacija etc.). Tat pasitaiko labai energingai gydytiems paralytikams, kuriems specifiškas gydymas, alkoholis ar kitokios intoksikacijos yra pakenkusios kepenis (Brunner, Oppenheim). Warstadt tvirtina, kad gastrointestininė intoksikacija, ūminės infekcijos taip pat gali būti toksiškos psichozės priežastimi, nes pakenktas indų endotelis lengviau praleidžia į smegenis toksinus. Paralytikai su paranoidinėmis haliucinacijomis nuo maliarijos priepuolių neprakaituoja, del to užsilaiko toksinai; be to, gydymas maliarija didina kraujo-liquor'o užtvaros praleidžiamumą, toksinai lengvai pasiekia smegenis ir sukelia toksinę psichozę.

Engerth tat sieja su vegetacinių centrų sutrikimu. Paranoidinės haliucinacijos pasitaiko tiems, kurių kepenų funkcija nepakankama. Syfilio sužalotos smegenys lengviau reaguoja į egzo- ir endogeniškus kenkėjus, k. a., infekciją, toksinus. Per stiprūs maliarijos priepuoliai, kitoks stiprus nespecifiškas ar specifiškas gydymas gali sukelti paranoidinę haliucinaciją, nes nuo minėtų priemonių palengvėja toksinų perėjimas iš kraujo į centrinę nervų sistemą. Norint išvengti ir pašalinti paranoidinę haliucinaciją, reikalinga tuojau nutraukti gydymas, paskirti natr. thiosulf., dektsrozės, insulino, kad sustiprėtų kepenys.

B. Tabes dorsalis gydymo rezultatai.

Tabes'u sergančiųjų gydymo efektas dar sunkiau konstatuoti, negu paralysis progressiva sergančiųjų, nes pagal Dattner'ą: 1) tabes diagnozė sunkesnė; liquor'as dažnai nieko neparodo; lieka vadovautis tik sausgyslių ir vyziukų refleksų stoka; 2) tabes eiga dažnai lėta; ¾ atsitikimų visada lieka pradinėje būklėje (Weichbrodt); 3) atskirti latentinis tabes'o procesas nuo sustabdyto dažnai visai ne-

galima; 4) tabes atsiranda ne vien nuo syfilio, bet ir nuo kitų etiologinių faktorių (S t e r n); 5) reikalinga labai plati ir ilgametė statistika, kad galima būtų pasisakyti už tą ar kitą gydymo metodę.

Tabes'o gydymo pasisekimo požymiais laikoma:

1. Somatiškas pagerėjimas. Sausgyslių ir vyziukų refleksai dažniausiai negrįžta. Jeigu gydymas veiklus, pasitaiso paralyžiai, incontinentia alvi et urinae, impotentia, ataxia- etc. Duriantieji skausmai, gastrinės krizės gali, pasak W a g n e r v. J a u r e g g'o, likti ir tabes'ui pagijus, kaip pastovus pakenkimas; tuos priepuolius vėliau gali išprovokuoti oro atmaina, infekcija, virškinimo sutrikimai etc.

2. Humorališki tabetikų tyrimai dažnai neigiami ar tik silpnai teigiami. Tabetikų visiškai teigiamas liquor'as laikosi labai ilgai ir nenusako prognozės. Pasak D a t t n e r'o, tabes nebus sustojęs, jeigu liquor'e bus cytozė, teigiamos baltymų, WaR ir koloidinė reakcijos. Tabes'ui gyjant, teigiamos reakcijos išvardyta eile pasidaro neigiamos.

Jeigu paralysis progressiva gydymui pirmiausia buvo nurodyta veikliausia priemonė maliarija, tai tabes'ą gydant maliarija užima beveik paskutinę vietą. Pirmiausia tabes gydomas, dažnai sėkmingai, specifiškai Sa+Bi trimi kursais su 4 sav. pertraukomis tarp kursų (W a g n e r v. J a u r e g g), vėliau Hg ir Bi preparatais. Amerikiečiai gina tryparsamid'ą po 4,0—5,0 kas 2 savaitės, iš viso 6 injekcijos į veną; prieš tryparsamid'ą tabetikas paprastai paruošiamas Hg injekcijomis, arba 4—6 sav. gydomas jodo preparatais. Prancūzai, pav., P i n a r d, vartoja labai didelius salvarsano kiekius (vienu atsitikimu per 13 kursų net 101,65 novarsen'o), dažnai nesėkmingai. D a t t n e r tat vadina terapiniu ekscesu ir tiki, kad taip gydant ligoniui daugiau galima pakenkti negu padėti.

Tabes'ą gerai veikia nespecifiško su specifišku gydymu kombinacija. W a g n e r v. J a u r e g g, D a t t n e r injekuoja subkutaniškai ATK nuo $^1/_{1000}$ mlg. 2×kartu per savaitę, kas sekanti dozė dvigubinama; greta duodama po 1 kb. cm. Bi 2 kartu per sav. ir vieną kartą per savaitę Sa. 0,15—0,6, iš viso 4,0—5,0. D a t t n e r'iui šituo būdu gydant pavyko stabilizuoti 56,5% tabetikų, nors daugelis nebaigė gydymo. Iš 36 tabetikų, paėmusių pilną gydymo kursą, nepasitaisė tik 12 asmenų. Pyrifer to paties D a t t n e r'o patyrimu dažnai pataiso gastrines krizes, negatyvuoja liquor'ą, bet nepataiso optinės atrofijos ir atrofinių tabes'o formų. Kiekvieną tabes'o atsitikimą veikia nenumatyti individiniai faktoriai; kartais padeda vienas, kartais antras gydymo būdas. Maliarija tabes'ui gydyti vartota daug rečiau negu progresyviniam paralyžiui, del to patyrimai mažesni. Didesnę statistinę medžiagą yra paskelbęs J a c o b s ir V o h w i n k e l—145 vyrus ir 15 moterų.

Pasak jų, maliarija teigiamai veikia tabetinius dieglius, krizes, liquor'ą. Tabetiko organizmas dar trapesnis kaip kad paralytiko, del to su maliarija reikia būti atsargiam. E. Hoffmann ir Memmesheimer tvirtina, kad maliarija + specif. gydymas (Sa ir Bi) yra geriausias būdas tabes'ui gydyti. Tabetinius dieglius, gastrines krizes, pasak Wagner v. Jauregg'o, sukelia ne tabes, bet tabes'o ligos metu atsiradusios organizme toksinės medžiagos, veikiančios nervų sistemą. Tabetikai blogai pajunta šaltį, del to greičiau peršala. Maistas lengvai suerzina skilvio gleivinę, pasireiškia hypersekrecija ir prisidėję toksinai sukelia gastrinę krizę. Krizių priežastimi gali būti insufficientia hepatis, alerginės ligos, kaip kad urticaria, oedema Quincke, chroniškas tonsillitis, oralinis sepsis etc. Del to gydant tabetikų krizes, reikia atsižvelgti į išvardytus etiologinius faktorius. Marinesco siūlo tabetikų krizei gydyti magn. sulfur. 25% po 1—2 kb. cm. intraliumbaliai. Jis aiškina, kad tabetikų organizme yra sutrikusi rūgščių-šarmų pusiausvyra, yra padidėjusi alkalozė, vagotonia, padidėjusi skilvio peristaltika, kurią seka skausmai, vėmimas, staigi krizės pradžia ir staigus jo užsibaigimas. Esanti analogija su anafilaksijos šoku, asthma bronchiale, enterocolitis membranacea. Horowitz tabetikų krizes siūlo gydyti su atropinum sulf. ½—2 mlg. į veną (injekcijų tarpai—kelios valandos) po 1—2 injekcijas per dieną, neviršijant 3 mlg. per dieną. Šitam gydymui kontraindikacija yra širdies nepakankamumas. Dažniausiai vis tik tenka krizės gydyti simptomiškai antipyretica'is, analgetica'is; protingai pavartotas morfis duoda neblogų rezultatų.

Skaudžiausias tabes'o reiškinys gali būti n. opticus atrofija. Igersheimer sako, kad anatomiškai negalima išaiškinti n. opticus atrofijos. Randamas n. opticus makštelių labai didelis uždegimas, bet jokių regėjimo sutrikimų nepasireiškia. Nervo degeneracija, matyti, vyksta toksinams veikiant, nes nervo parenchimoje spirochetų surasti nepavyksta. Pirmiausia, pasak Spielmeyer'io, nukenčia septos ir glia, del to sutrinka mityba ir seka nervo degeneracija. Pirmasis atrofijos simptomas esąs raudono-žalio regėjimo lauko susiaurėjimas. Gydymo veikimas n. opticus atrofijos atveju sunku įrodyti, nes n. opticus atrofija gali apsistoti negydoma, veikiama dar nežinomų faktorių (Ida John). Moderniškas gydymas nepajėgė, apskritai, sumažinti n. opticus atrofijų skaičiaus.

Yra balsų, reikalaujančių visai negydyti n. opticus atrofijos, nes specif. gydymas pagreitinąs apakimą. Prieš šitą pažiūrą griežtai pasisako Dattner. Jis nurodo, kad negydomi n. opt. atrofijos atsitikimai neišvengiamai apanka, o gydant dažnai pavykstą procesas sustabdyti. Gydymui siūlo sulfur. diasporal (Winkler) į glutea po 0,1—0,2+Bi po 1

kartą per savaitę, maliariją, susilpnintą chininu, endoliumbalinėmis Sa injekcijomis (Schacherl), endoliumbaliniais oro įpūtimais, Sa intraveninėmis injekcijomis.

Artro-osteopatijos ir malum perforans atsiranda, pasak Wagner v. Jauregg'o, sutrikus atitinkamų liumbalinių ir sakralinių nervų segmentų mitybai; tokie padariniai turi analogijos su syringomyelija. Sensibiliniams nervams sutrikus, ligonis nustoja skausmo pajautimo, nesaugoja sąnarių ir sergančių trapių kaulų, prisidėjusi ataxia procesą pagilina ir atsiranda labai žymių sąnarių pakitimų. Dattner siūlo energingą specifišką (Sa+Bi) gydymą maliarija, ar nespecifiško ir specifiško gydymo kombinaciją, jei liquor'as visiškai ar iš dalies teigiamas, ir simptomišką, jei liquor'as neigiamas. Vartotinos šios priemonės: sudirgintos meningės intraliumbalinėmis injekcijomis, dirbtinis sąnarių ankylosis, lipiodol'io injekcijos, pilkojo tepalo įtrynimai, esant malum perforans; arsenicum, strychninum, esant raumenų hypotonijai; tonica, sistemiškas pūslės tuštinimas, esant atonijai.

Taboparalysis yra labai sunki liga. Normaliai tabes prasideda vėliau už paralysis, del to taboparalysis reta liga. Pasak O'Leary, specifiškas gydymas dažnai pasunkina padėtį. Maža tepadeda ir pyretoterapija.

C. Cerebrospinalinio syfilio gydymo padariniai.

Atradus cerebrospinalinį syfilį, reikia stengtis pašalinti kliniški sutrikimai, sutvarkyti liquor'as. Dažnai tam reikalui pakanka specifiško gydymo, penkvalentinių arseno junginių (solvarsin'o), Hg. ir Bi. E. Hoffmann specifiško gydymo tarpuose duoda decoct. Zittmanii ir džiaugiasi pasisekimu. Atsparesnieji atsitikimai veikiami ATK, typhus'o vakcina, maliarija. Lues cerebrospinalis galimas netrukus (4-tą savaitę) po infekcijos. Arzt, Kerl rado liquor'e spirochetų; tie autoriai mano, kad šitie atsitikimai vėliau duoda neurorecidyvus. Ankstybas lues cerebrospinalis ir liquor pozityvus lues latens gydomi, kaip kad ir aukščiau aprašytasis cerebrospinalinis syfilis. Jeigu gydymas negatyvuoja liquor'ą, tada pagijimas esti pastovus.

X. Naujų kelių ieškojimas neurosyfiliui perspėti ir gydyti.

Gydant syfilį, turėtina galvoje, kad lege artis atliktas gydymas (pagal maks. E. Hoffmann'o sistemą), pradėtas anksti, seronegatyvinėje stadijoje, gali duoti tik 83% pasveikimų (E. Hoffmann). Šitokį gydymą dažnai sutrukdo pavojaus neįvertinimas, įvairios socialinės aplinkybės. Neigiamas kraujo serumas dar nieko nepasako apie liquor'o būklę, kuri gali būti visiškai teigiama. Teigiamas kraujo serumas neurosy-

filio profilaktikoje neturi lemiamos reikšmės, nes neina paralėliai su teigiamu liquor'u. Teigiamos seroreakcijos (kraujo ir liquor'o) gali išlikti daug ilgiau, negu organizme spirochetos. Apskritai teigiamą seroreakciją 40—73% negatyvuoja intensyvus specifiškas Sa, Bi ir maliarijos gydymas (Dattner). Ankstybas specifiškas gydymas (Fournier, Redlich) vis tik neapsaugoja tam tikro syfilitikų % nuo metasyfilio.

Ar gali apsaugoti nuo neurosyfilio ir metasyfilio labai ilgas (kone visą amžių!) Gougerot siūlomas gydymas? Vokiečių autoriai ir dalis prancūzų, pav., Sézary, mano, kad toks gydymas nenaudingas. Toks ilgas gydymas, jei nepajėgia sunaikinti, išaugina Sa atsparias spirochetas, o šitos gal būt vėliau sukelia metasyfilį.

Del ko lege artis syfilio gydymas neduoda 100% teigiamų rezultatų? Tikro atsakymo nežinoma. Spėjama, kad turi reikšmės rasė, klimatas, asmens konstitucija etc., kaip kad ir kitų infekcijų atveju. Žydų rasė dažniau ir sunkiau serga metasyfiliu negu kitos rasės. Jei syfilio infekcijos pradžioje yra daugiau išbėrimų, vadinasi, organizmas smarkiau ginasi, tai vėliau rečiau sergama metasyfiliu. Pastebėta, kad lues congenita, lues maligna duoda teigiamą luetino reakciją, t. y. parodo organizmo alergiją į spiroch. pall. ekstraktą. Pasak Arzt'o, Fuhs'o, Konrad'o, tie metasyfilio atsitikimai, kurie duoda teigiamą luetino reakciją, parodo organizmo atsparumą ir geresnę prognozę. Pasak Dujardin'o, metasyfilis dažnai parodo neigiamą luetino reakciją, kas turi reikšti anergiją, sumenkusį atsparumą. Dattner metaluetikų anergiją įrodinėja šitaip. Į tuberkuliną teigiamai reaguoja apie 90% visų žmonių, tuo tarpu metaluetikų reaguoja tik 8—17%.

Mėginama išaiškinti, kas tą metaluetikų anergiją sukelia ir kaip ji pašalinti. Odos išbėrimai yra organizmo kovos su spirochaeta pallida ženklas. Antiluetica imuninių kūnų gamybą trukdo (Langer); vėlesnėse syfilio stadijose vieni antiluetica, organizmo nepadedami, nepajėgia syfilio nugalėti. Iš čia kilo mintis, kad nereikia skubėti su specifišku luetikų gydymu, nereikia trukdyti organizmui gaminti syfilio antikūnius. Boeck, Bottema, Dujardin statistikos rodo, kad nepakankamai gydyti syfilitikai preerupcinėje stadijoje dažniau suserga neurosyfiliu, negu kad nepakankamai gydyti posterupcinėje syfilio stadijoje. Arzt'o ir Fuhs'o, komisijos, tyrinėjusios buriatų syfilį Sibire statistikos sako, kad specifiškas gydymas neturi įtakos metalues'o dažnumui: negydytų syfilitikų tarpe metaluetikų pasitaiko ne mažiau kaip kad gydytųjų tarpe. Willmans-Steiner samprotauja, kad seniau syfilis labai greit pereidavęs į III stadiją. Del pasažų ir specifiško gydymo spirochaeta pallida nusilpstanti; nusilpusi spirochaeta pallida menkai išjudinanti organizmą, mažai pasi-

gaminą antikūnių — del to oriento syfilis dažnai visai nepasiduodąs specifiškam gydymui. Nekultūringų tautų syfilis dažnai ir dabar lengvai pereinąs į III stadiją, nes organizmas parodo stiprią alergiją. Pasak Ehrlich'o, nepakankamas specifiškas gydymas išugdė atsparią spirochaetą pallida sėklą; bet ši turėtų kelti hyperergiją, kurios praktikoje nėra. Maliarija padidina organizmo atsparumą. Po maliarijos stebėta gumų ir kitų tertiarizmo reiškinių pasirodymo, tat patvirtinama ir patologo-histologiškai (Dattner). Odos alergijos atsiradimą po maliarijos patvirtina Dujardin ir Dattner radęs teigiamą ATK reakciją 8% negydytų paralytikų ir 57% gydytų maliarija. Bruetsch po maliarijos stebėjęs mezenchimos aktivaciją, kai histiocitai virsta polyblastais ir parodo stiprius fagocitinius savumus.

Mėginama įvairiais būdais pakeisti odos anergija ir padėti neveikliai specifiškai terapijai. Dujardin, Gougerot injekuoja intrakutaniškai hémostyl'io (arklių serumo) 0,2 kartą per savaitę. Schrottenbach duoda jodo. Ponndorf, Rajka-Radnai specifišką gydymą sustiprina kvarco lempos švitinimais, Dattner—ATK injekcijomis. Išvardytais būdais dažnai pavyksta mobilizuoti organizmo ginamosios pajėgos ir paremti specifiškas syfilio gydymas.

XI. Išvados.

1. Neurosyfilio profilaktikos, pažinimo ir gydymo klausimas yra labai svarbus visiems gydytojams, o ypatingai užsiimantiems venerologine praktika. Laiku perspėjus, pažinus ir pritaikius reikalingą gydymą, dažnai, nors nevisuomet, galima apsaugoti nuo sunkių metasyfilio padarinių. Autorius 183 syfilitikų tarpe rado 6 sunkios formos lues cerebrospinalis.

2. Gydant syfilitiką, reikalinga akylai sekti ligonio nervų sistemos būklė, sugebėti pažinti neurorecidyvai, cerebrospinaliniai sutrikimai ir ankstybi metasyfilio reiškiniai. Tam reikalui dažnai neišvengiama kartotinių liumbalinių punkcijų, neurologų konsultacijos ir t. t.

3. Pastebėjus bet kurią neurosyfilio formą, reikalingas energingas specifiškas gydymas, siekiąs paskutines ligonio organizmo tolerancijos ribas. Jeigu specifiško gydymo nepakanka, tada mūsų sąlygose reikėtų taikyti ATK. gydymas nurodytas Wagner v. Jauregg'o ir priimtas Vienos mokyklos, gydyti pyrifer'u ir sunkesniais atvejais, ypač paralytikams, taikyti maliarija.

4. Mano išvardyti 4 neurosyfilio, gydyto pyrifer'u atsitikimai ir 5 atsitikimai, gydyti maliarija — del menkų rezultatų ir trumpo stebėjimo laiko nieko nesako už kurį nors pavartotą gydymo būdą. Jeigu aš siūlau gydyti neurosyfilį specifiškai,

sustiprinant ATK pyrifer'u, maliarija, tai darau daugiausia atsižvelgęs į Wagner v. Jauregg'o, Dattner'io Kafka etc. patyrimą ir statistikas ir del to, kad venerikų ambulatorijų sąlygose ATK, o iš dalies pyrifer'o injekcijos kiekvienam prieinamos.

LITERATŪRA.

1. Arzt L.: Die Indikationen zur Malariatherapie bei liquorpositiver Lues (IX Intern. Dermat. Kongress. II, 298 p.).

2. Blažys J.: Neurosyfilio klausimu Lietuvoje. „Medicina" 1929 m. 1 nr.

3. Brants J.: Sifilisa arstešama ar malariju. „Latvijas Arstu Žurnals" 1936 g. 5/6.

4. Bykovski, Karol, Czerny: Lésions du systéme nerveux dans la syphilis récente. „Ann. mal. vénér." 1936, 1 nr., 1 p.

5. Dattner: Moderne Therapie der Neurosyphilis. Wien, Maudrich. 1933 m.

6. Dattner: Über die terapeutische Wirkung fünfwertiger Arsenverbindungen bei den Spätformen der Neurosyphilis. „Kl. W." 1935, 33 nr., 1161 p.

7. Gougerot, Degos et Frumusan: Hémorrhagies intestinales au cours de la malariathérapie. „Ann. Mal. Vénér." 1936, 5 nr.

8. Gougerot, Degos et Meyer-Heyne: Accidents fébriles et nerveux aigus mortels au cours de la malariathérapie. „Bull. Soc. Franc. D. S." 1935, 6 nr.

9. Heuck: Malariabehandlung der Lues. IX Int. D. Kongr. II t. 311 p.

10. Jahnet F.: Allgemeine Pathologie und pathologische Anatomie der Syphilis des Nervensystems. Handbuch f. H. u. G. Krankheiten, XVII/I 1929.

11. Kafka V.: Endolumbale Behandlung der Syphilis. Handbuch f. H. u. G. Krankheiten. XVII/I 1929.

12. Kafka V.: Theorie u. Technik der Liquoruntersuchung mit besonderer Berücksichtigung der Syphilis. Handbuch f. H. u. G. Krankheiten. XVII/I 1929.

13. Laguer: Physikalische Therapie der Metalues. IX Int. D. Kongress. I, 448 p.

14. Largeau et Conte: Résultats du traitement de 29 cas de paralysie générale. („Paris Médical". 1935, 145, 31 août).

15. Mucha V., Platzer K.: Klinische Wertung der Liquoruntersuchung vom Handpunkt der Syphilidologen. Handbuch f. H. u. G. Krankheiten. XVII/I. 1929.

16. Mulzer: Die Rolle der unspezifischen Behandlung im Rahmen des gesamten Behandlungsplanes der Syphilis. IX Intr. D. Kongr. t. I. 426 p.

17. Paulian: Action comparée de la pyrétothérapie et de la chimiothérapie dans le traitement de syphilis nerveuse. „Arch. D., S. Hôp. S-Louis". 1935, 245 p.

18. Pinard: Malariathérapie et pyretothérapie dans la syphilis. IX Intr. D. Kongr. I t. 439 p.

19. Schreiner u. Windelberger: Ueber die Impfmalaria. „Arch. D. S." 1935, 495 p.

20. Sézary A. et Aurépy P.: Die syphilitischen Gummata des Gehirnes und die Pathogenese der Neurolues. Ref. „Derm. W." 1936, 24 nr., 783 p.

21. Steiner G.: Klinik der Neurosyphilis. Handbuch f. H. u. G. Krank. XVII/I. 1929.

22. Tappeiner: Über hämorrhagische Purpura bei Impfmalaria, „Derm. W." 1936, 16 nr., 481 p.

23. Wagner v. Jauregg: Fieber und Infektionstherapie. 1936, Verlag Weidmann. Wien.

24. Winkler: Die unspecifische Therapie der Syphilis mit Schwefel, mit besonderer Berücksichtigung der tabischen Opticusatrophie. IX Int. D. Kongr. I t. 463 p.

25. Wosyka: Beitrag zur Dynamik des Luesgeschehns im menschlichen Körper. „Derm. W." 1936, 7, 202.

AUTOREFERAT.

Die Erkennung, Prophylaxe und Behandlung der Neurosyphilis.

Die Gratisbehandlung der Syphiliskranken in den venerischen Ambulatorien ist durch das Gesetz zur Bekämpfung der venerischen Krankheiten im Jahre 1935 festgesetzt und verbreitet worden.

Dieses brachte die Prophylaxe und die Behandlung der Neurosyphilis in die Hände der Venerologen und praktischer Ärzte und zwang sie näher mit der Neurosyphilis bekannt zu werden. Der Autor konstatierte verhältnismässige Häufigkeit des Neurosyphilis im allgemeinen. In der Universitätspoliklinik für Haut und Geschlechtskranke im Jahre 1935 auf 186 Syphiliskranke befanden sich 6 Fälle Metasyphilis, d. h. 3,3% und 6 Fälle lues cerebrospinalis schwerer Form. Weiter werden verschiedene klinische Formen des Neurosyphilis wie Neurorecidive, Meningitis, Hemiplegie, Epilepsie, tabes dorsalis und paralysis progressiva beschrieben. Als Ursachen die zur Entstehung der Neurosyphilis führen sind die chronischen Intoxikationen des Organismus, schwere Lebensverhältnisse erwähnt und besonders unterstrichen wird ungenügende spezifische Behandlung der frischen Syphilis. Die spezifische Behandlung der Neurosyphilis muss oft mit unspezifisch wirkenden Mitteln: pyrifer, typhusvaccine, avirulente Bakterien und seine Produkte, recurrens, malaria tertiana etc., verstärkt werden. Der Autor schlägt vor bei der Behandlung der Neurosyphilis in den ambulatorischen Verhältnissen Alttuberkulin nach Wagner v. Jaurreg, Stovarsol, Solvarsin, Tryparsamid anzuwenden. Die Behandlung mit Pyrifer, Typhusvakcine und malaria tertiana kann nur stationär durchgeführt werden. Die Behandlungsresultate der schweren Formen des Neurosyphilis sind recht bescheiden. Der Autor beschreibt die im Jahre 1936 vorgenommene 5 Fälle die er mit Malaria und 4 Fälle mit Pyrifer behandelte und unterstreicht dass die hartnäckige Fälle von Neurosyphilis noch am ehesten mit malaria tertiana beeinflussbar sind. Die Bemühungen Gougerot, Dujardin etc. neue Wege zur Verhütung und Behandlung der Neurosyphilis zu finden sind zu begrüssen.

Doc. P. Stančius.

Gomurio plastika pagal Ernst'ą.

Įgimti gomurio defektai yra kvalifikuojami kaip plytėjimo sutrikimai.

Paprastai jau 7-tos nėštumo savaitės gale įvyksta veido skeleto simetriškų pusių suaugimas. Jeigu del kurių nors priežasčių šitoks suaugimas neįvyksta, tai pasilieka to ar kito didumo gomurio, arba gomurio ir alveolinio lanko, arba ir lūpos plyšiai: palato-gnatho-cheiloschysis. Su šitais trūkumais individas ir apsigimsta.

Plyšys gali būti vien tik minkštojo arba minkštojo ir kietojo gomurio. Gomurio defektai esti įvairaus didumo — siauresni ar platesni, vienapusiai arba abipusiai, atsižvelgiant į tai, koks yra gomurio su nosies pertvara santykis. Jeigu vomer yra nesuaugęs su gomuriu tik iš vienos pusės, tai plyšys bus vienapusis; jeigu šito suaugimo iš viso nėra, tai plyšys bus abipusis.

Minkštojo gomurio nesuaugusios dalys del funkcijos stokos lieka atrofavusios, neišplytėjusios.

Netenka aiškinti, kad panašūs gomurio defektai sunkiai veikia individo būtį tiek maitinimo, tiek kalbos ir kvėpavimo atžvilgiu.

Maistas iš burnos pakliūva į nosies tuštymą; del nosies gleivinės pastovaus kataro, sekretai patenka į burną. Tačiau ypatingai nukenčia kalbos funkcija. Kaikurie garsai, kaip antai *k, g, t, r,* visai neištariami; be to, kalba įgauna nejaukų nosinį rezonansą. Normaliai kalbai reikalinga, kad tariant garsus minkštojo gomurio uvula susisiektų su pharynx'o sienelėmis pagal Passavant'o raukšlę; ypač svarbu, kad uvula pasiektų užpakalinę ryklės sienelę ir tuo būdu burnos tuštymas atsiskirtų nuo nosies.

Įgimtiems gomurio defektams gydyti yra 2 būdai: arba chirurgiškas, arba protezinis. Netenka aiškinti, kad chirurgiškas gydymas turi visas pirmenybes. Taigi šitas gydymas pirmiausia ir yra vartojamas. Protezinis gydymas vartojamas tik vadinamaisiais inoperabiliniais atvejais, t. y. tada, kai gomurio defektai yra labai platūs ir permaža minkštųjų dalių medžiagos plastiškam jųjų uždarymui.

Gomuriui protezuoti daromos tos ar kitos medžiagos (dažniausia, kaučuko) plokštelės, kurios, fiksuotos už dantų, uždaro defektą. Be to, užpakalinėje plokštelės dalyje prijungiamas apvalesnio kūno pavidalo prietaisas, vadinamasis obturatorius. Pastarasis, tilpdamas iš dalies minkštojo gomurio vietoje, iš dalies mesopharynx'e, kalbos metu, veikiant ryklės konstriktoriams, atskiria nosies tuštymą nuo burnos. Tariant

garsus arba ryjant, įvyksta cirkuliarinis ryklės susiaurėjimas ir geras pastarosios sienelių kontaktas su obturatoriumi.

Obturatoriai gali būti įvairūs, bet jų paskirtis lieka ta pati. Vartodamas obturatorių, pacientas apsipranta su juo ir ilgainiui, sistemiškai besimiklindamas, įgauna galimumą aiškiau tarti garsus. Tačiau obturatorius, būdamas svetimkūniu, neteikia fiziologinių sąlygų burnoje. Taigi ir suprantama, kad jis negali atstoti chirurgiško gydymo rezultatų, jeigu toks gydymas yra galimas.

Pirmą kartą operacišką minkštojo gomurio defekto uždarymą pavartojo v. Gräfe 1816 m. Vėliau Roux, Diefenbach, Fergusson patobulino minkštojo gomurio plastiką. Krimer 1824 m. pavartojo kietojo gomurio defektų užsiuvimą — uranoplastiką. Visų šiuo metu vartojamų gomurio defektų operacijų prototipu yra Langenbeck'o metodė: šoninių pjūvių pagelba abipusiai mobilizuojamos minkštosios dalys ir susiuvamos medialinėje linijoje. J. Wolf modifikavo Langenbeck'o operaciją, darydamas ją dviem momentais. Iš pradžių jis mobilizavo minkštąsias dalis šoniniais pjūviais, o po 8 dienų susiūdavo.

Didesnių defektų atvejais Lane pasiūlė sudėtingesnį plastikos būdą. Jis atseparuoja minkštąsias dalis vienoje pusėje, atverčia jas į priešingą pusę, nukreipdamas gleivinės paviršių į nosies pusę ir fiksuoja šito lopo kraštą po antros gomurio pusės kraštu.

Kai kurie autoriai ima medžiagą defektams padengti iš gomurio aplinkos — lopų pavidalu ant kojelės iš žando gleivinės, vomerio, kniauklių, kaktos (Nussbaum), pirštų (Eiselsberg, Borchard).

Dideliems gomurio defektams preliminariškai susiaurinti, Schröder yra pasiūlęs ortodontišką aparatą, kurio tikslas yra sutraukti viršutinio žandikaulio abi puses ir tuo būdu inoperabilinį defektą padaryti operuojamu. Tačiau šitas susiaurinimas mažiems vaikams žandikaulį deformuoja, suaugusiems gi sunkiai įvykdomas.

Pastaruoju laiku Ernst yra pasiūlęs savo gomurio plastikos būdą. Šitas būdas sudaro didelę pažangą gomurio defektus chirurgiškai gydant. Ernst'o metodė duodanti ne tik visišką gomurio anatominę restauraciją, bet teikianti ir patenkinamą fiziologišką efektą.

Šita metodė remiasi dviem dėsniais: 1) vadinamąja gomurio mobilizuotų minkštųjų dalių dislokacija dorzaline kryptimi, ir 2) nosies-ryklės cirkuliariniu susiaurinimu. Be to, kaip pagelbinė ortopedinė priemonė, vartojama tam tikra celiuloido plokštelė, kurios dėka palaikomos reikiamoje padėtyje mobilizuotos minkštosios dalys. Operacija daroma dviem momentais (Ernst operuoja ir vienu momentu).

Pirmu momentu operuojamas minkštasis gomurys. Daromi lateraliniai Langenbeck'o pjūviai pagal dantis; minkštosios dalys atseparuojamos nuo kaulo ne tik iš šonų, bet ir iš pryšakio. Tatai įgalina lengvai mobilizuotas minkštąsias dalis susiūti medialinėje linijoje. Dislokavus jas kiek į užpakalį, naujoje pozicijoje palaikomos celiulioidinės plokštelės pagelba. Plokštelė fiksuojama prie dantų. Antru momentu daroma minkštojo gomurio plastika.

Šoniniai pjūviai iš kietojo gomurio srities pratęsiami pagal dantis iki hamulus pterygoideus ir iš čia žemyn liežuvio šaknies link.

Ryklės susiaurinimas daromas tuo būdu, kad iš šoninių pjūvių, pratęstų beveik iki radix linguae, buku būdu įeinama į spatium parapharyngeum ir iš čia atsargiai einama dorzaline kryptimi iki fascia praevertebralis.

Tuo būdu sienelė su raumenimis, indais ir nervais dislokuojasi į medialinę pusę; ryklės apimtis siaurėja. Į šonines sudarytas gilias nišas įvedami platūs, ilgi tamponai. Minkštojo gomurio dalys, kad ir labai plataus defekto atveju, gali būti laisvai susiūtos medialinėje linijoje. Susiūtas minkštasis gomurys gali būti kiek dislokuotas į užpakalį ir šitoje padėtyje palaikomas celiuloidinės plokštelės pagelba.

Sudarytų šoniniais pjūviais nišų tamponavimas tęsiamas iki šešių savaičių, leidžiant joms granuliuotis iš dugno.

Celiuloidinė plokštelė gali būti laiks nuo laiko pagal reikalą modeliuojama kaučuku, norint suteikti reikiamą padėtį minkštajam gomuriui. Dėka šitos operacijos pavyksta visada, kad ir labai didelių defektų atvejais, atstatyti anatomiškai gomurys.

Norint gauti patenkinamą fiziologišką efektą kalbos atžvilgiu, E r n s t teikia didelės reikšmės toliau vykdomam logopediškam apmokymui. Šitas apmokymas turi būti sisteningas ir pakankamai ilgas. Operuotasis turi išmokti naudotis naujai sudarytomis anatominėmis sąlygomis.

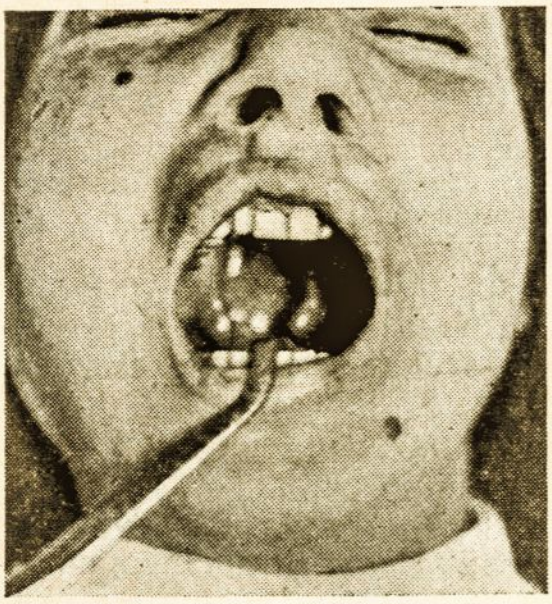
E r n s t yra linkęs daryti operaciją jau paaugusiems, nes didelį patogumą sudaro operuoti vietinėje anestezijoje. Mano buvo pavartota Ernst'o operacija dviem atvejais. Abiem atsitikimais buvo dideli gomurio defektai.

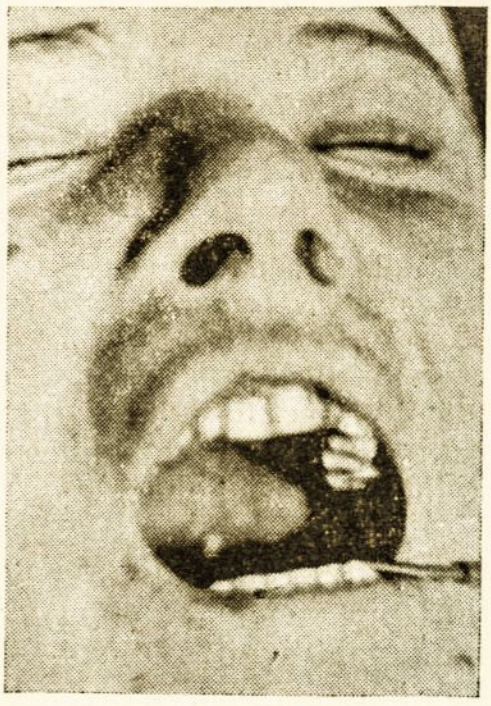
I. Gr-bauskas, 22 m. amž., kaimietis. 1929 m. I. 20 d. Apsigimęs su kiauru gomuriu. Valgis išeina pro nosį, blogai kalba. Prašosi tam tikros protezės.

S t. p r a e s. Vidutinio ūgio, neblogos mitybos vaikinas. Didelis gomurio defektas, prasidedąs tučtuojau už incizinių dantų. Defektas abipusis — platus; 3-čiųjų moliarų srityje, plyšys platesnis negu 2 cm. Plyšio gilumoje matoma iškrypusi į kairę nosies pertvara. Kniauklės hypertrofavusios. Minkštojo gomurio dalys abipusiai labai silpnai išplytėjusios. Mesopharynx atrodo labai platus. Passavant'o raukšlė ryškiai pasireiškusi. Ryjant minkštojo gomurio plyšys kiek susiaurėja; uvula už-

pakalinės ryklės sienelės nesiekia. Ryklės sienelės storos, paburkusios, padengtos pūlingomis gleivėmis. Palatoschysis. Pasiūlyta daryti operaciją.

Gydymas. Operacija atlikta dviem momentais. Pirmu momentu padaryta pryšakinės gomurio dalies plastika. Šoniniai pjūviai pagal dantis iki foramen palatum major. Minkštosios dalys visiškai atidalytos nuo kaulo ir, dezepitelizavus plyšio kraštus, susiuvamos medialinėje linijoje. Susiūtos minkštosios dalys kiek dislokuojamos į užpakalį ir čia palaikomos celiuloidinės plokštelės pagelba. Antru momentu — po 6 savaičių atliekama minkštojo gomurio plastika, kartu susiaurinant mesopharynx'ą. Šoniniai pjūviai padaryti pagal užpakalinius dantis iki hamulus pterygoideus. Art. palat. majoris nutraukiama. Minkštojo gomurio raumenys atidalyti nuo hamulus pterygoideus buku būdu. Toliau iš čia pjūviai pratęsiami lygiagrečiai apatinių žandikaulių pakiliosioms šakoms, žemyn radix linguae link. Įėję į spatium parapharyngeum, buku būdu einame dorsaline kryptimi.





Ligonės Ru-gutės atvaizdai.

Pharynx'o sienelės su raumenimis, indais ir nervais dislokuojamos į medialinę pusę. Nišos tamponuojamos. Minkštasis gomurys susiuvamas. Minkštasis gomurys, dislokuotas kiek dorsaline kryptimi, palaikomas naujoje pozicijoje celuloido plokštelės pagelba. Jodoforminiai tamponai.

III. 16 d. T° 38,5°. Savijauta nekokia.

III. 20 d. Tamponai pakeisti. Nepakelia plokštelės. Sunku esą kvėpuoti. T° 37,8°.

III. 25 d. T° 37,7°. Savijauta geresnė. Tamponai pakeičiami antrą dieną.

III. 27 d. Išimti siūlai. Sugijimas geras. Tamponai keičiami. Uvula atrodo trumpoka. Garsai tariami aiškiau. Nosinis rezonansas mažesnis.

IV. 15 d. Šoninės nišos beveik yra užgijusios. Ryklė atrodo vėl platesnė. Uvula nevisiškai siekia užpakalinę ryklės sienelę. Aiškiau taria garsus — nosinis rezonansas dar yra.

IV. 22 d. Garsus taria geriau. Gomurys atrodo geras. Patariama mokytis tarti garsus. Išvyko.

II. Ru-gutė, 26 m. amž., kaimietė. 1931 m. I. 18 d. Atsiųsta su dideliu įgimtu gomurio defektu protezės padaryti.

St. praes. Sveikos išvaizdos, geros mitybos. Anamnezė sunku surinkti, nes kalbos negalima suprasti. Didelis nosinis rezonansas. Viršutinėje lūpoje, abipusiai philtrum'o, dvi pigmentuotos rando pavidalo juostos. Viršutinio žandikaulio platus alveolinis lankas. Didelis abipusis gomurio defektas, prasidedąs tuč tuojau už incizinių dantų.

Moliarų srityje gomurio defekto platumas siekia daugiau kaip 2 cm. Minkštojo gomurio srityje abipusiai atrofavusios uvulae pusės. Gomurio defekto gilumoje matoma sustorėjusi nosies pertvara; hypertrofavusios kniauklės. Mesopharnyx labai platus. Pharyngitis chr. Dantys neturi caries'o žymių, tačiau esama paradentito reiškinių.

Gydymas. Operacija padaryta dviem momentais. Iš pradžių padaryta kietojo gomurio plastika, nenutraukiant art. palat. majoris. Antru momentu padaryta minkštojo gomurio plastika, susiaurinant ryklę. Pavartota celuloidinė plokštelė.

I. 21 d. T° 37,9°. Savijauta nebloga. Kvėpuoti nepatogu.

I. 23 d. T° 38,5°. Sunku esą kvėpuoti. Užgulusios ausys.

I. 24 d. Plokštelė patrumpinta. Savijauta geresnė.

I. 29 d. Išimti siūlai. Plokštelė kliudo, todėl patrumpinta. Sudarytoji uvula atrodo gerai, gana ilga. Šoninių pjūvių vietos gerai granuliuoja.

II. 5 d. Savijauta gera. Ausys dar užgulusios. Aiškiau taria garsus. Nosinis rezonansas mažesnis. Celuloidinė plokštelė nuimta.

II. 15 d. Kalba žymiai pagerėjusi. Išvyko.

Turime pasakyti, kad mūsų šitais didelių gomurio defektų plastikos atsitikimais gavome anatominį gomurio atstatymą. Kalbos atžvilgiu gavome žymų pagerėjimą, tačiau normalios kalbos nepasiekėme.

Manau, kad nepakankamai buvo pavartota plokštelė. Antruoju atsitikimu del kvėpavimo sutrikimo per anksti teko nuimti plokštelė. Tamponavimas šoninių pjūvių irgi nebuvo pakankamai ilgai tęsiamas. Be to, nebuvo pavartotas logopediškas apmokymas.

Gyd. Vyt. Damijonaitis,
Stomatologijos ir dentiatrijos katedros jaun. asistentas.

Anodontia totalis vera atsitikimas.

(Iš V. D. Un-to Stomatologijos ir dentiatrijos katedros. — Vedėjas — doc. P. Stančius).

Anodontija galima suskirstyti į: 1) tikrąją — anodontia vera, kai žandikauliuose nėra ir nėra buvę stingamų dantų užuomazgų, ir 2) netikrąją — anodontia spuria (pagal Mathis'ą), kai stingamų dantų užuomazgos žandikaulyje yra, bet jos neprasikalusios. Su katra šitų dviejų anodontijos rūšių turima reikalo, lengva nustatyti padarius rentgeno nuotrauką. Tiek tikroji, tiek netikroji anodontija gali būti visiška — anodontia totalis, kai nėra nė

vieno danties, arba nevisiška — anodontia partialis s. hypodontia, kai stinga tik kai kurių dantų, žinoma, jeigu jie prieš tai nebuvo pašalinti.

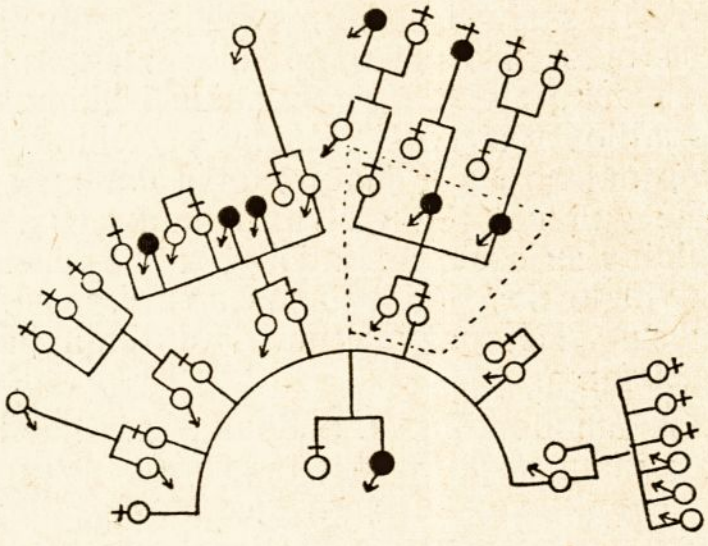
Kadangi tarp silpno laipsnio hypodontijos, iš vienos pusės, ir stipriai pasireiškusios hypodontijos arba visiškos anodontijos, iš antros pusės, yra visa eilė pereinamų formų, tai reikia manyti, kad esminio skirtumo tarp nevisiškos ir visiškos anodontijos formų nėra; tik pastaroji, kaip rečiau pasitaikąs defektas, yra susijusi su kitų ektoderminių padarų defektais. Tokie kitų ektoderminių padarų defektai yra prakaito liaukų stoka, plaukų stoka, gyvaplaukių išlikimas. Kartais tą ar kitą anodontijos rūšį lydi trūkumų plytėjimas pirštuose — naguose. Taip pat nosies ir jos priedinių daubų (sinus paranasales) gleivinė gali neturėti gleivinės liaukų, todėl pasireiškia atrofiškas rhinitis su ozaena. Kadangi tokie pacientai dažnai turi balno pavidalo nosį, tai galimas apsirikimas, palaikant tą susirgimą lues'u. Bet pažymėtina, kad tokių pacientų WaR yra visada neigiama.

Nevisiškos anodontijos (anodontia partialis) atsitikimai savo ruožtu galima suskirstyti į 2 grupes. Pirmajai grupei priklauso tie atsitikimai, kuriuose dažniausiai stinga viršutinių lateralinių kandžių (dentes incisivi) ir brandos dantų (dentes sapientiae), o retesniais atvejais dar apatinių medialinių kandžių ir pagaliau antrųjų viršutinių ir apatinių kaplių (premoliarų). Antrajai grupei priskiriami tie atsitikimai, kuriuose stinga aukščiau nesuminėtų dantų.

Korkhaus pabrėžia, kad pirmoji nevisiškos anodontijos grupė, kaip fylogenetinis redukcijos procesas, reikia aiškiai skirti nuo antrosios grupės, kuri dažnai pasireiškia kartu su jau minėtomis kitų ektoderminių padarų anomalijomis ir į kurią reikia žiūrėti kaip į plytėjimo sutrikimą. Trauner ir Preissecker irgi sutinka su tuo, kad tos dvi nevisiškos anodontijos grupės reikia skirti, bet tik ta prasme, kad pirmoji yra dažnai pasitaikanti silpno laipsnio mutacija, tuo tarpu kai antroji sudaro sunkius mutacinius pakitimus, kurie retkarčiais pasireiškia kaip defektai. Tačiau pavaldumo biologijos atžvilgiu, tų autorių nuomone, čia turima reikalo su tos pačios rūšies paveldimojo prado mutacija.

Kai del anodontijos atsiradimo priežasčių, tai didžiausios reikšmės turi paveldėjimas. Kuriuo gi būdu anodontija persiduoda iš vienos kartos kitai? Šituo klausimu ne visi autoriai yra vienodos nuomonės. Trauner, remdamasis savo stebėtais atsitikimais, kur dalinė anodontija buvo pasireiškusi be kitų ektoderminių padarų anomalijų, prieina išvadą, kad anodontijos paveldėjimas turįs paprastą dominantinę eigą, nors jis griežtai nepaneigia kai kuriais atsitikimais ir recesyvinės eigos galimumo. Wechselmann ir Loewy, pasirėmę

savo tyrimais, priėjo išvadą, kad anodontija su hypotrichosis ir anhidrosis turinti recesyvinę paveldėjimo eigą, susijusią su lytimi, būtent, susergą tik vyrai. Tos pačios nuomonės yra ir Pfaundler su Schlossmann'u, kurie teigia, kad tasai susirgimas pasireiškiąs beveik išimtinai vyrams. Mathis, pasirėmęs Ewald'o disertacijos duomenimis, sustatė šito susirgimo paveldėjimo schemą (Žiūr. 1 schemą).



1-oji schema (iš Mathis'o straipsnio).
Tamsiai pažymėti individai turi manifestinę susirgimo formą. Brūkšniuotos linijos yra mūsų išvestos — pas Mathis'ą jų nėra.

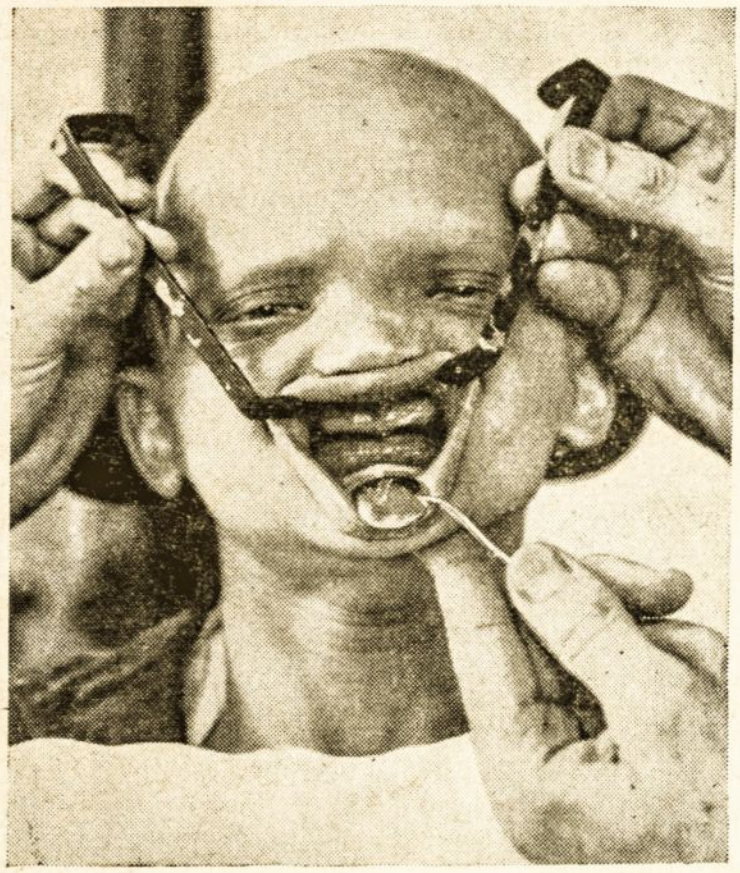
Mathis'o duomenys beveik visiškai sutinka su Wechselmann'o ir Loewy'o tyrimo duomenimis ir rodo recesyvinę paveldėjimo eigą, susijusią su lytimi. Tik manifestinis ligos pasireiškimas pas proanūkę nurodo į tai, kad tame paveldėjime pradeda reikštis netaisyklingas ligos dominavimas.

Mūsų atsitikimu iš Vaikų klinikos buvo atsiųstas 8 metų amžiaus pacientas J. D-nas.

Anamnezė. Vaikas nuo pat užgimimo neturi nė vieno danties. Del tos priežasties motina jį ir atvežusi į ligoninę. Kitokių trūkumų, be jo labai retų ir minkštų plaukų, tėvai pas vaiką nepastebėję. Vaikas valgąs viską, net ir kiečiausias duonos plutas; jo viduriai esą tvarkoje. Motina teigia, kad vaikas turįs gražų balsą ir esąs labai sumanus. Pats pacientas užklaustas patvirtina, kad gana greit pavargstąs. Paciento tėvas ir motina sveiki — niekuo nesirgę. Dar pacientas turįs 11 metų brolį ir 15 metų seserį. Brolis turįs iš viso tik 4 dantis: 3 pryšakinius ir 1 krūminį. Jo plaukai tokie pat reti ir minkšti, kaip kad ir paciento. Šiaip jis esąs sveikas ir turįs tokius pačius gabumus, kaip kad ir jaunesnysis. Sesuo esanti sveika ir turinti visus dantis ir gražius, tankius plaukus.

Status praesens. Vaikas žemiau vidutinės mitybos. Jo galva gana didelė, su ryškiai matomu paviršutinių venų tinklu. Galvos plaukai visiškai reti ir minkšti. Antakių ir blakstienų beveik nėra. Galvos ir veido oda visai sausa, vietomis sutrūkusi; odoje nematyti porų. Kakle, skydinės liaukos srityje, yra pakilimas (struma). Vaikas gana labilinės nervų sistemos — nei iš šio, nei iš to ima verkti, bet verkia be ašarų. Yra ozaena.

Status specialis. Pacientas nei viršutiniame nei apatiniame žandikaulyje neturi nė vieno danties (žiūr. atvaizdą).



Ligonio J. D-no atvaizdas.

Taip pat žandikauliuose nėra nei vienos danties užuomazgos; tai parodė padaryta sukandimo rentgeno nuotrauka (Žiūr. rentgenogramą).

Ligonio J. D-no rentgenograma.

Paciento tiek viršutinio, tiek apatinio žandikaulio alveoliarinės ataugos visai silpnai pasireiškusios; jos yra tik labai aštrių skiauturėlių pavidalo.

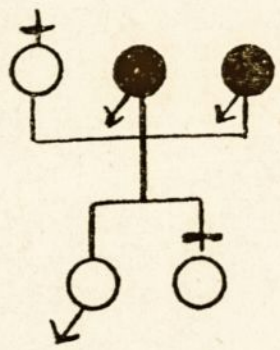
Kliniškai ištyrus paciento motiną, 38 metų amžiaus, rasta, kad tiek viršutiniame, tiek apatiniame žandikaulyje ji neturi brandos dantų; taip

pat ji neturi ir neturėjo dešiniojo viršutinio lateralinio kandžio. Ar šitų dantų ji iš viso neturėjo, ar jie yra, bet tik neprasikalę, to patikrinti rentgenogramos pagalba nebuvo galima.

Tyrimai. Vaikų klinikoje atlikti kai kurie tyrimai parodė, kad paciento termoreguliacija yra visiškai sutrikusi: pilokarpino bandymas nesukėlė jokio prakaitavimo, šildymo bandymas (kelios antklodės, termoforai) davė temperatūros pakilimą iki 38° be jokio prakaitavimo. Skonio ir kvapo jutimas nesutrikęs. WaR. neigiama.

Diagnozė. Iš patiektų duomenų aišku, kad čia turima anodontia vera totalis cum hypotrichosi et anhidrosi atsitikimą.

Bet čia pirmiausia turime apgailėti, kad nebuvo galima nuodugniai ištirti didesnio paciento giminių skaičiaus. Tačiau pasirėmę tais duomenimis, kurie mums pavyko gauti, galime sustatyti mažutę schemą (žiūr. 2 schemą), kurią palyginę su Mathis'o schema (pažymėta jos dalimi), pastebėsime visišką analogiją.



2-ji schema. Tamsiai pažymėtieji individai turi minifestinę susirgimo formą.

Kai del mūsų paciento motinos, tai nepaisant to, kad ji neturėjo brandos dantų ir vieno kandžio, neturint rentgenogramos, vis delto būtų per drąsu teigti ją turint tikrąją nevisiškos anodontijos formą; juo labiau, kad ji neturėjusi jokių hypotrichozės ir anhidrozės žymių, kurios taip aiškiai pasireiškusios pas abudu jos sūnus. Gal būt būtų teisingiau ji laikyti individu, turinčiu latentinę šito susirgimo formą. Paciento sesuo, kurios ištirti nebuvo galima, pasirėmus anamnezės duomenimis, tenka laikyti manifestinės susirgimo formos nepaliesta.

Manifestinei šito susirgimo formai atsirasti pas mūsų pacientą ir jo brolį galėjo būti du galimumai: pirmą kartą pasireiškianti mutacija arba paveldėjimas. Pirmasis galimumas nelabai įtikėtinas. Mes žinome, kad žmogaus fenotipas susidaro iš idiotipo (paveldėtų požymių komplekso) ir paratipo (gyvenime įgytų požymių komplekso). Taigi du labai panašūs fenotipai gali būti tik tada, kai yra vienodi jų idiotipai ir paratipai. Didžiausią tokio idiotipų ir paratipų vienodumo galimumą turi monoamniatai dvyniai. Tokių dvynių idiotipai gali būti beveik visiškai vienodi, tačiau jų paratipai visuomet daugiau ar mažiau skirsis. Jei taip dalykai atrodo pas monoamniatus dvynius, tai nėra abejojimo, kad dviejų nedvynių brolių paratipų skirtumas bus daug didesnis. Todel vargu galima būtų patikėti, kad, esant taip skirtingiems paratipams, būtų galėjusi dviem skirtingo amžiaus broliams pirmą kartą pasireikšti vienoda mutacija. Tuo būdu bus teisingiau manyti, kad anodontija su anhidrosis ir hypotrichosis, pasireiškusi mūsų pacientui ir jo broliui, bus atsiradusi paveldėjimo būdu. Ar ta paveldėjimo eiga yra paprasta dominantinė, ar su lytimi susijusi recesy-

vinė, mums iš labai mažo medžiagos kiekio sunku spręsti, bet atrodo, kad turimieji duomenys greičiau nurodo į pastarąją, t. y. į su lytimi susijusią recesyvinę paveldėjimo eigą.
chen.

Literatūra.

1. H. Mathis: Zahnunterzahl und Missbildungen der Iris. „Z. f. Stom." 1936. H. 14—15.
2. M. Pfaundler u. A. Schlossmann: Handbuch der Kinderheilkunde. 1935. B. X.
3. W. Präger: Aus der Vererbungspathologie des menschlichen Gebisses. „D. Mntschr. f. Znhlk." 1925.
4. Trauner u. O. Preissecker: Zur Klinik und Vererbung der Zahnunterzahl. „Z. f. Stom." 1933. H. 18.

Zusammenfassung.

Es wird ein Fall von Anodontia vera totalis cum hypotrichosi et anhidrosi bei einem 8-jährigen Knaben beschrieben. Der ältere Bruder des Patienten leidet ebenfalls an derselben Krankheit, nur hat er nicht eine Anodontia totalis, sondern eine hochgradige Anodontia partialis (er hat nur vier Zähne). Die ältere Schwester und die Eltern des Kranken sind gesund. Da es nicht gelungen ist weitere Verwandte des Kranken zu untersuchen, musste man sich mit den erreichten Resultaten begnügen. Da der uns zur Verfügung stehende Stoff sehr eingeschräkt war, ist es schwer einen sicheren Schluss über den Erbgang dieses Krankheitsbildes zu ziehen, aber trotzdem scheinen die erreichten Untersuchungsresultate für einen geschlechtsgebundenen-rezessieven Erbgang der Krankheit zu spre-

---

Referatai.

VIDAUS LIGOS.

25. Oswald Feuchtinger: **Ueber die Differentialdiagnose zwischen primären Lungentumoren und Lungentuberkulose und die Bedeutung der Tuberkulose für die Schaffung eines präcancerösen Zustandes.** (Apie diferencinę diagnozę tarp pirminių plaučių auglių ir plaučių tuberkuliozės ir tuberkuliozės reikšmė prekancerinei būčiai atsirasti) („Z. Tbc." Bd. 77, H. 2, 1937).

Plaučių auglys (tumor'as) ankstyboje stadijoje diagnozuoti esą sunku. Autorius savo medžiagoje galėjęs anksti diagnozuoti tik 40%, 30% sunku buvę nustatyti, o 30% pirmuoju ligos trečdaliu visai negalima buvę diagnozuoti. Praktikos gydytojas, kuris neturi visų tyrimo priemonių, tokios sunkiai nustatomos ligos, kaip kad tumor pulmonum ir juo labiau kombinacijos tumor + tbc. pulmonum, anksti nustatyti negalįs. Bet antruoju ir paskutiniuoju ligos trečdaliu 80% atsitikimų turėtų būti išaiškinta. Plaučių auglio chirurgiška terapija esanti galima tik ligos pradžioje, del ko esą svarbu šitoje srityje tobulinti diagnostika.

Diferencinei diagnostikai tarp auglio ir tbc. pulmonum autorius pateikia šių duomenų:

Anamnezė maža duomenų duodanti diagnozei. Profesija (išskiriant dirbančius prie radium'o, rentgeno ir chromo), amžius, mityba, nikotino vartojimas, vėžio ir tbc. atsitikimai giminėse esą negalima laikyti predisponuojamais faktoriais plaučių augalams atsirasti. Aktyvi, arba suaktyvinta, arba išgydyta plaučių tbc. nieko nesakanti už ar prieš augli. Bet

būną, kad auglys reaktyvuojąs seną tbc. procesą. Moterys retai sergančios plaučių augliu ir diagnozė tumor pulmonum moterims reikia statyti, tik pasirėmus absoliutiniais duomenimis.

Šitų ligonių subjektyvūs nusiskundimai aiškiai rodą į plaučius, bet neįgalina diferencijuoti plaučių ligos rūšies. Randame kosulį, skreplių, dyspnoe ir skausmus krūtinėje. Hilus'o karcinomą, kaip kad hilus'o gretimieji (hilusnahe) procesai kitos kilmės (tuberkuliozė etc.), duodą nusiskundimų iš virškinamųjų takų pusės.

2. *Inspekcija.* Thorax'o judesių sumažėjimas kvėpuojant dažnai sutinkamas. Būgno lazdelių pavidalo pirštų (Trommelschlagelfinger) galima daliai ligonių rasti, bet tokis pats apsireiškimas galima rasti taip pat tuberkuliozės arti hilus'o, bronchiektazijos, chroniškų pneumonijų ir plaučių gangrenos atvejais. Kacheksija galinti būti ir nebūti. Pastebėta net svorio kilimų plaučių auglių atveju ir ligoniai apskritai ilgai laikąsi geroje mitybos būtyje.

3. *Perkusija ir auskultacija.* Perkusijos duomenys pareiną nuo auglio formos ir augimo. Jei auglys yra plaučių centrinėje dalyje, jei jo augimas negreitas, jei jisai neveda prie bronchostenozės ir paskui prie atelektazės, tai anksti nustatyti diagnozę perkusijos pagelba esą negalimas dalykas.

Alsavimas autoriaus stebėtais atsitikimais buvęs susilpnėjęs, šiurkštus ir bronchitiškas, fremitus, nors ir esant dideliam paduslėjimui, esąs normalus.

Dažniausiai del perkusijos ir auskultacijos reiškinių klaidingai nustatomas pneumoninis infiltratas arba pleuritas.

4. *Temperatūra* ligos pradžioje būnanti subfebrilė, vėliau — febrilė. Infekcija, pleuritas ir auglio nykimas (Einschmelzung) vedą prie staigaus temperatūros kilimo. Del subfebrilitas dažnai diagnozuojama tbc.

5. *Skreplių tyrimas.* Koch'o bacilų radimas skrepliuose ligai prasidėjus, arba jei jau anksčiau buvo nustatyta senas tuberkuliozinis procesas, nieko nerodą prieš augli. Sunku esą išaiškinti ligos rūšis, jei chroniška aktyvi atvira tuberkuliozė pereina į karcinomą arba jei po išgydytos tbc. atsiranda plaučių auglys. Šitokį atsitikimą autorius stebėjęs: pasirodęs haemoptysis su tbc. bacilais — auglys reaktyvavęs tuberkuliozę. Apskritai, plaučių auglio kacheksija reaktyvuojanti dažnai seną tuberkuliozę ir del to atsirandą ligos eigoje tbc. bacilų skrepliuose.

Jei ilgesnį laiką randame skrepliuose kraujo ir niekuomet nerandame tbc. bacilų, tai, ypač seniems žmonėms, reikią galvoti apie augli. Knygose aprašytų žemuogių arba aviečių spalvos skreplių nė vieną kartą autorius nepastebėjęs.

Skrepliuose auglio audinų labai retai randama; jų radimas išaiškinąs diagnozę.

Riebalų grūdelių pavidalo narveliai (Fettkörnchenzellen) skrepliuose rodą augli.

6. *Kraujo vaizdas ir nusėdimas.* Kraujo vaizdas ligos pradžioje galįs būti normalus. Visais autoriaus stebėtais atsitikimais rasta lymfocitų kritimas iš dalies iki 5%. Hyperleukocytozė retai pasitaikanti, tik ligos pabaigoje vieną kartą buvę pastebėta 20.000 leukocitų. Beveik visuomet randame pasukimą į kairę.

Nusėdimas dažnai siekiąs daugiau kaip 75 mm., vienu atsitikimu — beveik 100 mm., kas tuberkuliozės atveju retai būną.

7. *Eksudato tyrimas.* Hemoragiškas eksudatas arba auglio elementų radimas punktate, žinoma, išaiškiną diagnozę. Bet dažnai eksudatas nesiskiriąs nuo tuberkuliozinių eksudatų.

Autoriaus stebėtais atsitikimais eksudatas buvęs vienas iš pirmųjų atsiradusių simptomų. Nepaisant eksudato nykimo, skausmai ir kvėpavimo sunkumas stiprėją, ir tat esą būdinga augliui.

8. *Rentgenas* turįs didelę reikšmę augliui arba auglio ir tuberkuliozės kombinacijoms pažinti. Bet rentgenodiagnostiką apsunkinančios dažnai auglių atveju pasitaikančios komplikacijos, k. a.: atelektazė, eksudatai, pneumoniniai infiltratai auglio gretimystėje, antrinis auglio abscedavimas ir tirpimas (Einschmelzung). Kartais reikią ieškoti pagelbos bronchografijoje ir dabar naujai įvestoje tomografijoje (rentgeno atskirų sluogsnių fotografavimas. *Ref.).*

9. *Bronchoskopija ir torakotomija* su bandomąja ekscizija galinčios galutinai išaiškinti diagnozę. Bet šitas tyrimo būdas priklausąs chirurgijai. *L. Goldšteinas.*

26. Fr. Schellong (Heidelbergas): **Versuch einer Differentialdiagnose und Differentialtherapie des Herzklopfens.** (Širdies mušimo diferencinė diagnozė ir diferencinė terapija) („Deut. med. Wschr." 1937 m. 13 nr.).

Širdies mušimas galįs būti trejopos kilmės: 1) širdinis, 2) indinis ir 3) nervinis. Širdinis širdies mušimas, kurį ligoniai dažnai patys širdies srityje lokalizuoją, pareinąs nuo pačios širdies susirgimų, pav., ekstrasistolės metu, staigaus, priepuoliškai pasireiškiančio prieširdžių virpesio atsitikimu, paroksizminės tachikardijos, visiško širdies bloko, be to, perikardinių suaugimų atvejais. Čia terapija esanti bejėgė. Toliau greitas skilvelių veikimas prieširdžių virpesio metu sulėtėjąs arba priepuoliais pasireiškiąs prieširdžių virpesys virstąs nuolatiniu. — Indinis širdies mušimas, kurį ligoniai jaučią kakle arba net galūnėse, hypertonikams pasireiškiąs priėmus nitroglicerino, morbus Basedowi, stenosis mitralis atvejais, kai padirbėjus ar psichinių sąjūdžių metu kraujas dideliu kiekiu iš periferijos per dešiniąją širdį patenka į prisipildžiusius plaučius. — Nervinis širdies mušimas esąs del centrinės nervų sistemos netvarkos. Šitu atveju reikią vartoti ne širdies preparatai, bet centrinės nervų sistemos raminamieji vaistai (valdispert, ergotamin, chinin, bellergal); didelės reikšmės turinti ir psichinė rimtis. *N. Indrašius.*

27. Dr. Francesco Stagnitti: **Hyperalgesia cutanea vidaus ligų diagnostikoje.** („Giornale die medicina militare". 1935, fasc. X).

Skausmas dažniausiai yra pirminis reiškinys, sutrikus bet kuriam kūno organui.

Anglų gyd. James Mackenzie 1891 m pastebėjęs, kad vidaus organų patologiškų pakitimų atveju atsirandąs padidėjęs odos jautrumas, kuris galįs daug padėti diagnozuojant. Jo manymu, simpatinių nervų skaidulės nešančios nugaros smegenimis jaudinimus, kurie projektuojami į periferiją.

Lunedi ir Giannoni skiriąs: 1) odos skausmus, 2) gilius skausmus ir 3) iradijuojančius skausmus.

Head nustatęs ir hiperalgezijos zonas, atitinkančias atskirus vidaus organus, k. a.:

1. Ryklės patologiškų pakitimų atveju hiperestezinė zona esanti ties manubrium sterni, sternum'u ir pryšakine krūtinės dalimi.

2. Skilvio ir dvylikapirštės žarnos hiperestezinė zona esanti epigastrium'o vidurinėje linijoje, kuri kartais galinti siekti net bambos sritį.

Ulcus cardiae atveju skausmai projekuojąsi į viršutinę epigastrium'o dalį, o ulcus pylori — į apatinę epigastrium'o dalį. Dvylikapirštės žarnos opos atveju skausmai projekuojąsi į viršutinę ir dešinę mezogastrium'o dalį.

3. Laibųjų žarnų sutrikimo skausmingumo zona esanti bambos srityje, o storųjų žarnų — hypogastrium'o vidurinėje linijoje.

4. Kirmio pavidalo ataugėlės (appendix'o) — ileocekalinėje srityje.

5, Tulžies pūslės — viduryje linijos tarp dešiniojo spenio ir bambos.

6. Inkstų — in regione lumbali ir in regione inguinali Inkstų akmenų atveju neretai esąs skaudamas ir tos pusės kiaušelis.

7. Kiaušidės (ovarium'o) hiperalgezijos zona esanti kiršnies srityje ir šlaunių pryšakinėse ir medialinėse dalyse.

8. Plaučių pleuros skaudamumas spaudžiant projekuojąsis į m. trapezius, mm. supraspinati sritis (Boyer'io simptomas), I, II ir III tarpšonkaulinius tarpus in linea axllari (Jacon'o simptomas) ir in fossa supraclaviculari minore. ((Maestrin'o simptomas).

9. Širdies susirgimo atveju — skausmai esą kairiojoje krūtinės pusėje.

Angina pectoris atveju skausmai iradijuoją net į žastą, petį ir kaklą. Ten hiperalgesia esanti net keletą dienų po priepuolio.

Hiperalgezija tiriama simetriškai su spilkute. *V. Tupčiauskas.*

28. Johann Rivoir: **Nephrophtises žalinga įtaka plaučių tuberkuliozei.** („Zentrblt. f. Chir." 1937 m. 13 nr.).

Žalinga tuberkuliozinio židinio įtaka organizmui jau seniai yra žinoma. Plaučiai ir inkstai čia turį daugiausia reikšmės. Susirgus abiem minėtiems organams, esąs pavojus ir kitiems susirgti. Jei tik inkstuose esąs uždaras tuberkuliozinis židinys, tai jis nėsąs žalingas kitiems organams, jei židinys neprogresuojąs; jam progresuojant pasigaminąs didelis kiekis toksiškų medžiagų.

Esant nefroftizei, organizmas esąs ne tik iš inkstų intoksikuojamas, bet yra aktyvuojami kituose organuose, k. a., plaučiuose, paslėpti židiniai. Todel svarbu tokis inkstas pašalinti, nes jis spontaniškai neišgyjąs. Tuberkuliozinio inksto atrofija negalima laikyti jo išgijimu, todėl nelaukiant koanksčiausiai tuberkuliozinis inkstas reikią pašalinti.

Inkstų tuberkuliozė turinti dažniausiai chroniską eigą. Šituo atveju operacija nereikią laikyti kaip ultimum refugium, bet po sergančio inksto ekstirpacijos pranykstą pūslės reiškiniai, ir daugiau jau nebepatenką į organizmą toksiškų medžiagų, todėl pagerėjanti bendrinė būtis.

Kai plaučių tuberkuliozė kombinuojasi su vienos pusės nephrophtisis'u, tada labai svarbu tas inkstas pašalinti, ir tada plaučių procesas pagerėjąs, jei tik esąs pirminės stadijos.

Autorius turėjęs vieną pacientę, sergančią apyūmia miliarine kairiojo inksto tuberkulioze, kuris del sunkios plaučių tuberkuliozės buvęs operuotas. Vyras, 35 metų amž., sergąs tbc. pulm. jau 5-ius metus. Trejus metus gydęsis ir buvęs žymiai pagerėjęs. Prieš metus pradėjęs jausti kairiojo inksto srityje dūrimą, nedidelį skausmą. Po 3 mėnesių skausmai sustiprėję ir dažnai užeidavę priepuoliais, pakildavusi temperatūra ir šalčio krėtimas kartojęsis. Greit atsiradęs ir cystitis ir del to ligonis kreipęsis į gydytoją (autorių). Rasta: visame plaučių plote pribukęs kvėpavimas ir daug įvairaus kalibro karkalų. Kairiojo inksto srityje apčiuopiamas kūdikio galvutės didumo, gana skaudamas navikas. Cystoskopuojant — pūslėje stiprūs, tuberkuliozinio pobūdžio pakitimai, taip pat kairiajame ureteryje, o dešiniajame jokių pakitimų nepastebėta. Ekstirpavus sergantįjį inkstą, rasti jame žymūs tuberkulioziniai pakitimai. Ligonis operaciją pakėlęs gerai ir išėjęs iš ligoninės pasveikęs. Autorius minėtą ligonį stebėjęs 3 metus, kuris namuose buvęs gydomas konservatiškais būdais. Pūslės reiškiniai pranykę, plaučių būtis žymiai pagerėjusi. Vadinasi, tuberkuliozinio inksto pašalinimas pagerinęs ne tik plaučių būtį, bet ir bendrinę organizmo būtį. *T. Šiurkus.*

29. Mihaly Pastor (Pestuihely): **Ueber das ovarielle Asthma.** (Apie ovarinę astmą) („Monatschr. f. Geburtsh. u. Gynaek". 1937 m. 2 ir 3 sąs.).

Bronchinė astma moterims galinti atsirasti ir del genitalijų netvarkos. Astmos priepuoliai nėštumo arba mėnesinių metu pagydomi vagotonizuojamuoju folikulių hormonu ir taip pat corpus luteum hormonu. Climax'o metu astma atsirandanti del kiaušidės neveiklumo, ir šitoji astma pagydoma kiaušidės ekstraktu. *N. Indrašius.*

VAIKŲ LIGOS.

14. John W. S. Blacklock: **Tuberkulosis in infancy and childhood** (Žinduolių ir vaikų amžiaus tbc.) („Brit. med. J.“ 1936, 3945, 324).

Pasirėmęs 3.000 sekcijų, padarytų paskutiniais 12 metų Glasgovo ligoninėje, autorius pateikia šiuos duomenis: 343 lavonuose buvę rasta tuberkuliozinių pakitimų. 3—12 mėn. amžiaus žinduolių 97,7% mirę del šitos ligos. Taip pat 2—3 metų amžiaus vaikų mirę del tbc. 95,8%. Bet ir iki 13 metų amžiaus vaikų mirę nuo tbc. 75%. Autorius mano, kad keltų rasė, kuriai priklauso šitie vaikai, esanti neatspari prieš tuberkuliozę. Infekcija patenkanti dažniausiai pro kvėpuojamuosius takus — 65,2%. Pirminis infektas buvęs dauguma atsitikimų bronchopneumoniškai kazeoziškas židinys subpleurališkai dešiniajame viršutiniame lobus'e, retai keliose vietose. Be to, dažnai rasta miliarinė forma. Per virškinamąjį traktą infekcija patekusi 34,3%. Pro kvėpuojamąjį traktą patekusi infekcija buvusi beveik išimtinai typus humanus, per virškin. traktą 82,2% typus bovinus (pienas!). Karvių priežiūra turėtų didžiausią profilaktišką reikšmę. (Ref. iš „Zt. Tbc.“ Bd. 77, H. 2, 1937). *L. Goldšteinas.*

15. Cornelia de Lange: **Vis medicatrix naturae.** („Nederl. Tijdschr. Geneesk.“ 4, 79, 80, nr. 40, 1936).

Autorius aprašo šitokį atsitikimą:

Žinduolis, 1 mėn. amžiaus, apsikrėtęs tuberkulioze nuo savo motinos ir 14 savaičių amžiuje priimtas į ligoninę. Status: paratrachejinių liaukų padidėjimas dešinėje, perihilinis infiltratas dešinėje ir kaverna su infiltratu kair. pusėje. Vėliau atsiradęs spontaniškas pneumothorax, kaklo lymfomos, otitis media dextra, tuberkulidai, otitis media sinistra ir mastoiditis (operacija), gripinė pneumonia. Mastoidito pūliuose ir skrandyje rasta tbc. bacilų. Nepaisant visų išvardintų komplikacijų, kūdikis pasitaisęs ir dabar 19 mėnesių amžiuje jo būtis einanti vis geryn. (Ref. iš „Zt. Tbc.“ B. 77, H. 8, 1937). *L. Goldšteinas.*

16. H. G. Huber: **Podifterinių paralyžių, ypatingai alsavimo sutrikimų, gydymas tetrofanu.** (Zur Behandlung postdiphtherischer Lähmungen, inbesonders Atemstörungen mit Tetrophan). („Monatschr. f. Kinderheilk.“ 70 B. 5—6 H.).

Podifterinių alsavimo paralyžių ir parezių gydymas tertrophan'o intraliumbalinėmis injekcijomis pradėtas 1935 mt. Bartelheimer'io. Šito straipsnio autorius aprašo savo 12 podifterinių alsavimo paralyžių atsitikimų, kur specijaliai pritaikytieji dirbtiniam alsavimui aparatai (Biomotor) nepadėdavę; ankstyvas intraliumbalinis gydymas tetrophan'u davęs gerų rezultatų, nes tetrophan'as, atrodo, veikiąs ypatingai tonizuodamas diafragmos raumenis. Tetrophan'as buvęs duodamas po 0,8—1,0 kb. cm. Iš pradžių kasdien daromos liumbalinės punkcijos ir įleidžiama tetrophan'o, ypatingai pirmąsias 2—3 dienas, vėliau kas antra arba trečia diena. Taip pat buvęs skiriamas strichninas, bet jo gero veikimo nepastebėta. Kitų sunkių podifterinių paralyžių atvejais, be alsavimo sutrikimo, ypatingai rijimo paralyžiaus atveju, atrodo, kad tetrophanas pavartotas intraliumbaliai, gerai padedąs. Tais atsitikimais, kur galima laukti įvykstant alsavimo sutrikimo, atrodo, kad tetrophan'as profilaktiškai tinkąs vartoti. Per os tetrophan'as difterinių paralyžių atveju nebuvęs vartotas, nes, kaip kad ir polyomyelito atsitikimais, kur buvo duotas tetrophan'as per os nebuvę pastebėta gero veikimo; taip pat pagal Bartelheimer'į per os vartojamas tetrophan'as nedavęs tokių gerų rezultatų, kaip kad intraliumbaliai. Autoriaus išvada yra ta, kad sunkių podifterinių paralyžių atveju, ypatingai podifterinių alsavimo sutrikimų atsitikimais (diafragmos parezių arba paralyžių), patartinas intraliumbalinis gydymas tetrophan'u, nes iki šioliai prieš tai neturime jokio tikro kauzališkai veikiančio vaisto.

V. Tercijonas.

17. M. Raskina Braude (Maskva): **Jaunų kūdikių rožės gydymas streptocidu (prontosiliu).** (Стрептоцид при лечении рожи у детей раннего возраста). („Пед." 1937 m. 5 nr.)

Prontosil'is, išrastas 1932 m., neveikiąs bakterijų in vitro, tačiau pasižymįs stipriu veikimu gyvame organizme streptokokų atžvilgiu. Prontosil'is esąs pirmasis chemoterapeutinis preparatas prieš bakterinę infekciją, o žinomi anksčiau preparatai veikę tik protozoinius susirgimus (germanin'as — tripanozominius susirgimus, neostibozan'as — kala-azar; plasmochin'as ir atebrin'as — maliariją, salvarsan'as — spirochetas). Tyrinėjimais nustatyta, kad prontosil'is esąs visai indeferentiškas gyvam organizmui, ir parodąs iki šiol neregėtą veikimą infekuotam streptokokais organizmui. Parodydamas gerą veikimą vieną susirgimų atveju, kitų, kaip kad sunkios formos sepsis, plaučių infiltracijos, kraujo cirkuliacijos nusilpimo, pyemiškų metastazių atvejais, prontosil'is net didelėmis dozėmis neduodąs rezultatų.

Rubiasol'io vardu šitas preparatas buvęs sintetizuotas Prancūzijoje, o SSSR streptocido vardu. Čionai paduodamos žinios apie streptocido veikimą jaunų kūdikių, daugumos iki 1/2 metų amžiaus, rožės atveju. Iš viso buvę gydyta 17 kūdikių, kur rožė buvusi pirminis susirgimas. Beveik visi vaikai buvę pradėti gydyti susirgimo pradžioje. Streptocidas buvęs skiriamas dozėmis nuo 0,05—0,075 iki 0,1 3 kartus per dieną. Pirmą dieną paprastai vaistai buvę duodami 2 kartu. Ligos ilgumas, gydant streptocidu, ryškiai strumpėjęs, paprastai neužtrukdavęs vienos dienos, nepaisant, kurią ligos dieną gydymas pradėtas; t° krisdavusi po 14—16—18 valandų. Kūdikio savijauta paprastai žymiai taisiusis, greitai ligos vaizdas ėjęs geryn. Kraujo nusėdimo reakcija, laikiusis aukštai: 60—70 mm. 1 val., gydymo metu ji pamažu nusileidžianti ir ilgai paliekanti aukštesnė, įvykus kliniškam pasveikimui. Komplikacijų nuo pačių vaistų nepastebėta; šlapimai greitai pasidarą oranžinės spalvos, kuri pranykstanti nustojus imti vaistus. Recidyvai įvykstą neretai, jeigu anksti nutraukiamas streptocido davimas. Lyginant gydymo rezultatus su kontroline grupe, kur iš 7 gydytų vaikų buvę 3 mirties atsitikimai, iš 17 gydytų streptocidu pasveikę visi, nors jų tarpe buvę 3 kūdikiai iki 1 mėn., kurie duodą didelį mirtingumą. Tais atsitikimais, kur erysypelas prisidėjęs kaip antrinis susirgimas prie kitos sunkios pagrindinės ligos (sepsis, pneumonija) gydymo rezultatai streptocidu esą ne tokie geri, bet ir šitoje grupėje pasveikimo procentas esąs didesnis, gydant streptocidu. Rožės atsitikimai, gydyti streptocidu, praeiną be komplikacijų. Recidyvai įvykstą, esant infekcijos židiniams: abscesams, flegmonoms. Norint išvengti recidyvų, streptocidą reikia duoti pakankamomis dozėmis (žinduoliams 0,1×3), ir pakankamai ilgai (dar 5—10 dienų t°-rai kritus). Kūdikis galima laikyti visai paveikusiu nuo rožės, kai kraujo nusėdimo reakcija grįžtanti į normą.

V. Tercijonas.

CHIRURGIJA.

16. Berrhard Badt (Stokholmas): **Mikroskopische Schnelldiagnose bei hirnchirurgischen Eingriffen.** („Zbl. f. Neurochirurgie". 1937 m. 2 nr. 123 p.).

Autorius pabrėžia ne tik smegenų auglio lokalizacijo nustatymo, bet ir smęgenų auglio rūšies pažinimo svarbumą. Rentgeno fotografijų pagelba ir prileidus smegenų pilvelius oru, esą galima gana tiksliai nustatyti smegenų auglio lokalizaciją. Auglio rūšis, t. y., ar piktybinė ar gėrybinė, teesą galima nustatyti operacijos metu, rūšies nustatymas esąs nepaprastai svarbus tolimesnei operacijos eigai: gėrybiniai augliai stengiamasi radikaliai pašalinti, piktybinių smegenų augliai paprastai esą neįmanoma radikaliai pašalinti, net kartais esą geriau kai kurių auglių medulloblastomų del greito recidyvo ir pavojaus suardyti gyvybinius centrus

visai neliesti, bet pasitenkinti padarius decompressio. Atidarius smegenis nevisada esą galima akimi nustatyti auglio rūšis. Čia esąs reikalingas patologiškai histologiškas tyrimas. Kitų organų augliai galima ištirti operacijos metu, padarant greitai šaldymo būdu histologišką preparatą. Pasak Eisenhard'o ir Cushing'o, esą nereikalingas pjautas mikroskopiškas preparatas, bet užtenka smegenų auglio tepinėlio, kuris nudažant „neutralrot" arba „methylenblau" dažais paprastai užtenką smegenų auglio histologijai nustatyti.

Autorius smulkiai aprašo tepinėlio gaminimo techniką ir kitų autorių tepinėlio dažymo būdus. Aprašo keletą pavyzdžių su histologiškais piešiniais, kur operacijos metu buvo nustatyta smegenų auglio histologija tepinėlio pagelba. Pagaliau nurodo, kad smulkesniam smegenų auglių patologiškai histologiškos morfologijos tyrinėjimai tepinėlio nepakanką. *K. Gudaitis.*

17. W. Hortolomei ir The Burghele: **Echinococcus cysta gl. thyriodeae** („Zent. Chirurg." 1937 m. | nr.).

Echinococcus'o lokalizacija in gl. thyroidea esąs labai retas reiškinys. Lieutand pirmą atsitikimą aprašęs 1754 met., iki 1929 m. pagal Berard'ą dar 40 prisidėję.

Plintą per kraują. Pasitaiką, kad metastazių būdu iš širdies nueiną į oesophagus ir net į tonziles.

Autorius stebėjęs šį atsitikimą: lig. 32 metų, atvykęs į kliniką su augliu in regione laterali sin. coli su šitokiais nusiskundimais: dusiną, ypač miegant, sunku kvėpuoti, maistą nuryti ir t. t. Liga prasidėjusi prieš metus su dusinimu, ypač miegant, neramumu. Užeidavę priepuoliai, kurie nuolat dažnėję ir ligonis jautęs beveik nuolatinę baimę. Tik prieš mėnesį ligonis pastebėjęs minėtoje vietoje riešuto didumo naviką, kuris per mėnesį išaugęs iki mandarino didumo. Tiriant rasta kairėje gl. thyroidea dajyle judrus, rezistentiškas navikas, judąs ryjant kartu su gerklomis, neskaudamas, su oda nesuaugęs. WaR neigiama. Buvę manoma apie adenomą. Operuojant rasta 6 cm. diametro navikas, kuris buvęs enukleuotas. Sugiję be jokių komplikacijų ir subjektyvūs nusiskundimai pranykę.

Senieji statistikai 3 kartus dažniau echinokoką pastebėję pas moteris, o autorius piešingai: per 10 metų iš 5 atsitikimų buvę 4 vyrai, o tik viena moteris. *T. Šiurkus.*

UROLOGIJA.

12. I. Epstien (Voronežas): **Fall von subcutaner Nierenverletzung mit total. Abreissen d. Niere vom den Gefässen.** (Poodinis inksto sužalojimas su visišku jo atplėšimu) („Z. Ur. Chir." 41. 6.).

Kaikurie inksto sužalojimai del jo apsaugotumo esą reti, ypačiai su visišku jo atplėšimu nuo indų. Literatūroje aprašyti 5 atsitikimai, pasibaigę po operacijos laimingai. Autorius aprašo 6-ąjį atsitikimą.

Kaimietė, 32 metų amž., iškritusi iš rogių ir gavusi į dešinįjį šoną smūgį kanopa. Smarkūs skausmai pilve iš dešinės. Šlapimai pirmą dieną kraujuoti, toliau — švarūs. T° pakilusi, skausmai nemažėję. 9-tą dieną ligonė atgabenta į ligoninę. Turint galvoje traumą, atitinkamos srities skaudamumą, tumor retroperitonealis, kraują iš pradžių šlapimuose, nesunku buvę nustatyti diagnozė.

Operuojant rastas visiškas deš. inksto atplėšimas nuo kraujagyslių. Inkstas buvęs tik susijungęs su ureteriu siaurais saiteliais. Pašalinus kraujo krešulius, kraujavimo nestebėta. Kraujo indai nutraukti ties pačiu inkstu. Dešin. inkstas dviejuose trečdaliuose blyškus, žemutiniame trečdalyje tamsiai violetinis. Po operacijos ligi 13 dienos viskas buvę tvarkoje. 14-tą dieną dešin. kojoje thrombophlebitis. Praėjus 4 savaitėms

ligonė išrašyta ir esanti sveika lig šiol, dirbanti kaimo ūkyje. Šito atsitikimo ypatumas tas, kad paties inksto audiniai buvę minimaliai sužaloti.

Poodinio inksto atplėšimo mechanizmas pakankamai buvęs nagrinėjamas literatūroje. Dabar vis dar vyraujanti Küster'o teorija: inksto parenchimos plyšimas įvykstąs veikiant hidrauliniam spaudimui. Dauguma šitų atsitikimų lengvai išaiškinama šituo būdu. Šitam atsitikimui šitokis aiškinimas esąs nepakankamas. Visiškas kraujagyslių sutraukymas aiškinamas žymia inksto dislokacija į šalį traumos metu; hidraulinis spaudimas — čia esąs antraeilis reiškinys.

Antras ypatumas tas, kad nutrauktas deš. inkstas per 9 dienas nebuvęs gangrenotas. Tat atitinką išvadas, kurias gavęs bandydamas su triušiais prof. Rein, ir aiškinama, kad inkstas galėjęs gauti kraujo mitybai iš kolateralinių art. lumbalis, suprarenalis ir spermatica, einančių, matyti, paliai ureterį. Esąs žinomas net Kosinski'o atsitikimas, kai mažas inksto likutis, paliktas inksto guolyje be ryšio su kraujagyslėmis, po 8 d. išskyręs šlapimus, del ko buvę reikalinga jisai visiškai pašalinti. Ir aprašytasis atsitikimas esąs eksperimentu in vivo, patvirtinąs Rein'o bandymus su gyvuliais, kad atplėštasis inkstas nenekrozuojąs, gaudamas maisto nuo galimų kolateralių. Įdomu ir tat, kad per 9 dienas ligi operacijos moteris nenukraujavusi. Tatai esąs pirmasis atsitikimas literatūroje. *T. Goldbergas.*

13. K. Hutter (Viena): **Zerreissung der prostatischen Harnröhre u. Zertrummerung d. Prostata durch Schuss.** (Pars prostatica urethrae plyšimas ir gland. prostatae sunaikinimas šūviu) („Z. Ur. Chir." 41. H 4/5).

Šautuvo šūviu sužeistas 20 metų amž. pacientas, besėdėdamas pasilenkęs į pryšakį. Kulkos įeinamoji anga iš šono dešin. sėdmenyse; išeinamoji anga iš kairės kair. sėdmenų apačioje. Nebuvę jokių kitokių pakenkimų ar kaulų sužalojimų. Atgabentas į ligoninę, nes buvę įtarimo, kad galėję būti sužeisti pilvo organai. Laparotomia (nedidelis pjūvis). In cavo retroperitoneali daug kraujo, taip pat ant pryšakinės ir užpakalinės šlapimpūslio sienelių. Pilvo organai tvarkoje, del to žaizda užsiūta. Sectio alta. Šlapimpūslis rastas nesužalotas, tačiau konstatuotas kraujo pasirodymas iš orificium internum urethrae. Spėtas užpakalinės uretros dalies sužeidimas. Kateteravimas nei iš pryšakio nei iš pūslės negalimas. Iš pūslės kateteris praeinąs tiktai keletą centimetrų. Operacinė žaizda užsiūta. Atidaryta urethra bulbus'o rajone. Įkištas kateteris pasirodęs transudato prisisiurbusiame audinyje. Kadangi negalima buvę rasti proksimalinio uretros galo, tai vėl sectio alta ir įkištas kateteris iš pūslės. Distališkai įkištas kateteris buvęs pririštas prie iš pūslės įkišto kateterio ir tuo būdu buvęs pravestas ligi šlapimpūslio. Urethra 1,5 cent. ilgumo sutriuškinta taip, jog jos susiūti negalima. Perinėjinė žaizda uždaryta, pesaras įkištas į pūslę, turunda į cavum Retzii.

Praėjus 2 mėnesiam po sužeidimo, kair. epididymis ir testis supūliavimas ligi visiško jų griuvimo. Operatiškas įsikišimas: išvalymas nuo pūlingų sekvestrų. Praėjus vieneriems metams ekspertizė. Pro uretrą praeinąs 16 nr. Kateterio įkišimas neskausmingas. Liktinių šlapimų nėsą. Šlapimai skaidrūs. Baltymų 0. Vietoje dešiniojo pautelio — rando atsaja. Kair. pautelis mažesnis negu normaliai. Tyrimas per rectum: gland. prostatae nėsą. Kystoradiografija parodžiusi šlapimpūslio hypotoniją. Mikcijoje nuotrauka parodžiusi piltuvėlio pavidalo fundus vesicae perėjimą į uretrą, kuri išsiplėtusi ir iš dešinės divertikuliškai pakitusi. Pars prostatica urethrae perėjimo į pars pendula vietoje esama stenozės (4 mm.). Potentia coeundi et generandi išlikusi. Nepaisant, kad gland. prostatae sunaikinta ir urethra plyšusi, vas deferens sin. praeinamas. Spėjama, kad dešin. pautelio infekcija atsiradusi pro atdarą vas deferens dextr. spindį. *T. Goldbergas.*

AKUŠERIJA IR GINEKOLOGIJA.

9. R. Hansen (Rostokas): **Zur Frage der Sympatolprophylaxe.** (Apie sympatolį, kaip prophylacticum'ą). („Zbl. G." 1937 m. 1 nr.).

Didėjąs trombų bei embolijų kiekis verčiąs įtempti visas jėgas kovai su šita blogybe. Trombų bei embolijų faktoriais esančios šios aplinkybės: 1) kraujo pakitimai, 2) kraujagyslių sienelių sužalojimai ir 3) kraujo apytakos pakenkimai. Kiekvienas šitas momentas galįs būti jau operacijos metu, operacija gi galinti dar labiau padidinti pavojų. Pasak autoriaus, tokis trombų bei embolijų pavojus prasidedąs nuo 35 metų amž., t. y. kaip tik tada, kada dažniausiai operuojama. Pagal König'ą, momentum movens esą narvelių branduolių griuvimo del audinių sužalojimo beoperuojant produktai. Jie kažkodėl pirmiausia sužalojąs trombocitus. Todėl ir duodamos profilaktiškai kliudančios kraujui krešėti substancijos, k. a.: germanin, hirudin ir citrininė rūgštis. Pasidrąsinus König'o ir kitų klinikų gautais rezultatais, pradėta vartoti kaip prophylacticum sympatol, kuris paskutiniu laiku visur plačiai taikomas. Sympatol'is sukeliąs blužnies susitraukimą, ir tuo būdu sumažinąs narvelių branduolių griuvimo produktų žalingą veikimą kraujo plokštelėms; toliau, sympatol'is padidinąs kraujospūdį ir tuo būdu užbėgąs už akių kraujospūdžio krytimui, šitiems patiems griuvimo produktams veikiant.

König sympatolį taikąs 7 d. pagrečiui: 3 kartus per dieną po 20 lašų sol. sympatoli 10% per os arba 3 kartus per dieną po 1 kb. cm. intra musculos. Be to, jisai duodąs kvėpuoti ir CO_2 kvėpavimui pagerinti. Tokio gydymo dėka König gavęs mirtingumo del trombų bei embolijų sumažėjimą vietoje 6,2% iki 0,95%.

Autorius patikrinti sympatol'io veikimui savo klinikoje (830 ats.), naudodamasis König'o technika, paėmęs išimtinai moteris, ne jaunesnes kaip kad 40 metų, arba ir jaunesnio amžiaus, bet turinčias kraujo sistemos ydų. Autorius negalįs sutikti su kitais autoriais del sympatol'io absoliutaus tinkamumo profilaktikai trombų bei embolijų atvejais. Reikalingi dar tolimesni ieškojimai kovai su šita blogybe.

T. Goldbergas.

10. Werner Kaufmann: **Über Kreuzschmerzen.** (Apie strėnų skaudėjimą). („Zentralbl. f. Gynekol." 1937 m. 10 nr. 577 p.).

Autorius nurodo, kad dažnai, ypač anksčiau, didelėse moterų klinikose del strėnų skaudėjimo moterys būdavusios operuojamos, bet dažnai nebuvę gaunama laukiamų rezultatų. Neateidavusi mintis tų skausmų priežasties ieškoti skeleto statikoje. Del to visai nebuvęs žinomas pilvo strėnų bandažo pritaikymas.

Autorius nurodo, kad strėnų skaudėjimas negalįs būti lengvai vertinamas ir kad tokiais atvejais visada reikią atsižvelgti į skeleto statiką.

Strėnų skausmai paeiną nuo didelės apatinių lumbalinių slankstelių (III—V) lordozės ir nuo tos srities raiščių prisijungimo vietų, ypatingai nuo lig. longitudinale anter. ir nuo stuburkaulio ir kryžkaulio prie dubens einančių raiščių. Jei ta lordozė yra didesnė, tada ir strėnų skausmai esą didesni, kai priešakinis dubens kraštas stačioje padėtyje yra labai nukrypęs į užpakalį. Stovint ta padėtis pasireiškianti, jei sėdyniniai ir pilvo raumenys nepakankamai veikią. Per didelis išsirūtulivimas pilvo sienelės riebalų, kurie stovint svirdami žemyn lenkią dubenį į užpakalį, tuo sukeldami strėnų skaudėjimą. Sąsyjyje su tuo atsirandą alsavimo, kraujo apytakos ir vidaus sekrecijos sutrikimų. Pilvo sienelės suirimas arba susilpnėjimas esą galima pašalinti pilvo sienelės raumenų gimnastika arba nešiojant tam tikrą bandažą, kurio ypatybes autorius smulkiai aprašo ir atvaizdais iliustruoja. Nurodo kelis tokius bandažu gydytus atsitikimus su gerais rezultatais.

K. Gudaitis.

11. Moragnes Bernat J. (Buenos Aires): **Contraccion uterina y parto médico.** (Gimtuvės susitraukimai ir medikamentais pravestas gimdymas) (1936 m. Buenos Aires).

Autorius savo monografijoje nagrinėja normalių ir nenormalių gimdyminių pastangų klausimus. Trumpai aprašo Kreis'o metodę (vaisiaus pūslės praplėšimą ir spasmalgin'o pritaikymą), pažvelgdamas į ją kritiškai. Priešingai Kreis'ui, autoriaus skyriuje netaikomas kaip taisyklė visais atvejais gimdymų antispazmoidiškas pravedimas, paliekant jį tiktai tiems atsitikimams, kai nenormalios pastangos indikuoja jį (pav., uterus'o kaklelio susitraukimo atveju ir t. t.). Jeigu šitais atsitikimais nebūtų taikoma Kreis'o metodė, tai geriausiu atveju (t. y. jei smarkių pastangų dėka uterus'o kūnui pagaliau ir pavyktų nugalėti kaklelio pasipriešinimas) dalykas prieinąs prie sunkaus, ilgo gimdymo. Pravedant gimdymą pagal Kreis'o antispazmoidinę metodę, elgiamasi šitaip. Vaisiaus pūslės dirbtinai atidaroma ir įšvirkščiama 1 amp. spasmalgin'o. Jeigu per 20 min. pastangos dar nėra susitvarkiusios, įšvirkščiama antra ampulė spasmalgino ir prireikus dar po 20 min. — trečia ampulė. Tatai — pirmoji injekcijų serija. Po jos laukiama 1½ — 2 val. Gerybiniais atvejais (jų 80%) jau šitomis priemonėmis pavykstą sureguliuoti pastangų veikimas. Uterus dirbąs normaliai, skausmai melmenyje pranykstą. Tokiais atvejais gimdymas paprastai spontaniškai baigiąsis per 5—10 val. nuo gydytojo kontrolės pradžios. Gydymui neįvykus per 2 val. po pirmosios injekcijų serijos (3 spasmalgin'o ampulės), prasidedanti 2-oji serija iš 3 ampulių su 20 min. protarpiu tarp jų. Tat būną reikalinga tiktai 13% atsitikimų. Ir šitais atvejais gimdymas praeinąs sua sponte ir per 5—10 val. nuo gydymo pradžios. Ir tiktai kaikuriais atkakliais atvejais būnanti reikalinga 3-ioji serija. Taikant keletą serijų, reikalinga pavartoti analepticum, vaisiaus bradikardijos galimumui perspėti. 3 ir daugiau serijų taikoma tik pavėluoto moters atgabenimo į gydyklą atvejais po ilgų bevaisių ir kamuojamų netolygių pastangų ir, be to, dar pavartojus pastangas sukeliančių vaistų. Tokiais atvejais gimdymas baigiąsis per 15—20 ir daugiau valandų.

Ttoliau autorius dėsto gimdymo vedimą esant ankštam dubeniui ir blogoms pastangoms pagal Kreis'ą, kuris mėgina iš anksto spasmalgin'o injekcijų pagelba nustatyti, ar tokiuo atveju esąs galimas savarankiškas gimdymas ar gal būsianti reikalinga operacija. *T. Goldbergas.*

ODOS IR VENER. LIGOS.

3. H. Engelhardt (Bückeburg): **Die Wiesendermatitis (Dermatitis bullosa striata pratensis).** (Pievinis dermatitas). („Die med. Welt." 1937 m. 24 nr.).

Pievinis (šieninis) dermatitas atsirandąs po 24—36 valandų pagulėjus ant žalio, drėgno šieno (bei pievos), kartu saulei kaitinant. Pasirodą dryžuoti, su aiškiomis ribomis, tamsoki odos paraudimai, kurie pareina į pūslės. Šitie dermatitai greit pagydomi indiferentiškais tepalais, tik tos vietos liekančios pigmentuotos. Šitų dermatitų patogenezė esanti dar nevisai išaiškinta. Spėjama, kad čia veikiąs chlorofilas kaip fotokatalizatorius, kuris jautriems asmenims sensibilizuojąs odą saulės spinduliams. *N. Indrašius.*

OTORINOLARINGOLOGIJA.

4. Zoltan Wein (Pest): **Die klinische Symptome der chronischen Mandelentzündung.** (Kliniški simptomai chroniškais tonzilitų atvejais). („Münch. med. Wschr." 1937 m. 13 nr.).

Autorius chroniškų tonsilitų simptomus skiria prie bendrinių simptomų. Jis skiria šiuo atveju 9 simptomus: 1) Tonzilės paviršiaus ypatumai;

2) tonzilių didumas ir patinimas; 3) konsistencija; 4) jautrumas ir skaudamumas; 5) išsispaudžianti iš tonzilių substancija; 6) pro tonzilių paviršių geltoni, persišviečią, pūlingai infiltruoti folikuliai; 7) peritonziliniai suaugimai; 8) konsekutyvinis kaklo lymfinių indų ir liaukų uždegimas; 9) anamnezė ir sąsyjyje su ja koreliacijos įrodymas tarp tonzilitų ir metastazinių susirgimų.

Aptariant atskirus punktus, reikia prisiminti, kaip kad autorius sako, kad vaikų iki metų beveik visuomet tonzilės esančios hypertrofiškoje būklėje, kartais ta hypertrofija tepasitaikanti tik vienoje pusėje, o jei ta hypertrofija konstitucinės kilmės, tada visas lymfinis aparatas esąs hypertrofiškas. Toliau autorius pažymi, kad dažnai pasitaikančios didelės gomurio tonzilės, o nosiaryklės tonzilės labai mažos, arba atvirkščiai. Pasak Schütz'o—Marburg'o, gomurio tonzilių hypertrofijos 15% atsitikimų nebūna nosiaryklės tonzilių hypertrofijos.

Nėsą sąsyjo tarp didelių tonzilių ir eksudatyviškai-lymfinės diatezės, nes daugumoje tonzilių hypertrofijos nėsą kitų konstitucinių pažymių, kaip kad palinkimas prie odos ligų, asthma bronchiale, eozinofilijos.

T. Šiurkus.

BAKTERIOLOGIJA.

1. Kliewe, H. u. Schuppener, A.: **Ueber die Lebensdauer der Tuberkelbazillen in saurer Milch.** („Zbl. Bakt." 1937 m., 139 t. Orig., 180 psl.).

Pridėjus 200-ams cm³. rūgusio pieno (Ph.4—5) 0,4—0,15 cm³. žmonių tipo tuberkuliozinių bacilų suspenzijos (1 kilpelė tbc. bacilų 1 cm³. fiziolog. druskos skied.), per 7 d. bacilai nežūsta. Raguočių tipo tbc. bacilai pasirodė esą dar atsparesni: po 20 dienų jais pavyksta apkrėsti gyvuliai. Tuo būdu, valgydami tbc. bacilais užterštą rūgusį pieną, bacilus suvalgome gyvus.

A. Starkus.

2. Masanao Magara et Kyudi Adukata: **L'immunisavion antitétanique et antidyphthérique de nouveau - né et de l'enfant par la vaccination des femmes enceintes, au moyen de l'anatoxine.** (C. r. de la Soc. de Biol. 1937 m., 125 t., 782 psl.).

Tetaninio ir difterinio anatoksino injekcijomis imunizuotos nėščios moterys, transplacentiniu keliu perteikia imunitetą kūdikiui. Imunizacijai užtenka 2 anatoksino injekcijų. Jei injekcijos atliekamos kas savaitė, tai imunitetas esti nestiprus ir greit išnyksta. Kad naujagiminis įsigytų stiprų ir ilgai trunkantį imunitetą, anroji anatoksino injekcija motinai daroma po 1 mėn.

A. Starkus.

FIZIOLOGIJA IR BIOLOGIJA.

8. H. Müller (La Lignière, Gland): **Das Brot und die Vitamin - B - Versorgung.** (Duona ir apsirūpinimas B-vitaminu) („Schweiz. med. Wschr." 1937 m. 18 ir 19 sąs.).

Kasdien žmogui mažiausiai reikią 250—750 mikronų B_1 - vitaminų, o optimum kiekis turįs siekti 1—2 mg. pro die. Vaikams B_1 - vitamino reikią daugiau kaip suaugusiems. Suaugusiems daugiau šito vitamino reikią nėštumo ir karščiavimų atvejais. Angliavandeningas maistas reikalaująs daugiau B_1 - vitamino, negu neangliavandeningas. Daugiausia B_1 - vitamino turį javai, ypač jų grūdai. Europos gyventojų maiste dažnai esanti stoka B_1 - vitamino, neretai pasireiškiąs ir tikrasis beri-beri. Šito vitamino stoka pasireiškianti apetito nebuvimu, skrandžio ir žarnų atonija, caries'u, chroniška obstipacija, palinkimu uždegimams, migrene, ischias'u. Tat lengvai esą pagydoma mielėmis ir jų preparatais (pav., philozytin'u). Todėl daugiau vartotina juoda duona ir vengti visokių pyragų.

Ref. pastaba. Tame pačiame žurnale yra kitas tuo pačiu klausimu Bircher-Benner'io straipsnis „Die Brotfrage", kur įrodinėjama,

kad pyragai, balta duona neturį B - vitaminų komplekso, E - vitamino, miltinių faktorių (Mehlfaktor), mineralinių medžiagų, enzimų ir kitokių nežinomų maistinių faktorių (Nährfaktoren). B-avitaminozės esančios klaidingai diagnozuojamos, kaip anemija, išsekimas, dispepsija, nuovargis, neurastenija. *N. Indrašius.*

9. H. Lotze (Berlynas): **Vitaminantagonismus.** („Kl. Wschr." 1937 m. 14 nr.).

A - vitaminas ir C - vitaminas esą antagonistai. Todėl gydant vitaminais tat reikią turėti galvoje. Esą pastebėta, kad A - ir C - vitaminų mišinyje jau po kelių valandų beveik visai pranyksta C - vitaminas. Natūralus C - vitaminas esąs stabiliškesnis už sintezinį. Esą priemonių („Durch eine körpereigne Substanz, über deren Natur noch nichts Näheres mitgeteilt wurde") C - vitaminui apsaugoti nuo A - vitamino naikinamo veikimo. *N. Indrašius.*

KARO MEDICINA.

1. M. A. Kling. **Civilinių gyventojų apsauga nuo cheminio karo. Apie karo cheminių medžiagų pažinimo būdus.** („Revue internat. de la Croix Rouge 1936", „Giorn. di medic. militar". 1936. fasc. IV, rec. Magrone).

Civilinių gyventojų nuo cheminių karo medžiagų apsaugos problema reikią išspręsti taikos metu. Svarbu esą mokėti pažinti, kada nuodingosios dujos atsirandančios ore, nes kai kurių cheminių medžiagų veikimas pasireiškiąs kaip tik vėliau.

Ieškota bendrinio reagento troškinamosioms, pūslių sukeliamosioms, ašarinamosioms ir toksinėms dujoms.

Autoriai (Kling ir Roulli), tyrinėdami šitą klausimą, priėję išvadą, kad chemiškieji procesai, sukeliantieji pūsles ir plaučiuose edemą, esą analogiški, nes jie gyvuose narveliuose duoda tas pačias reakcijas.

Autoriai įrodę, kad nedideli fosgeno, iperito, luizito, bromo, chloro ir t. t. kiekiai, reaguodami su 10 kb. cm. vandens, jo Ph numažiną 2—3 vienetais.

Indikatoriumi galima esą vartoti bromofenol-bleu, nuo kurio vanduo pasidaręs violetinės spalvos, jei jo Ph esąs aukštesnis kaip 4,7. Bet jei tas vanduo susiduriąs su minėtomis cheminėmis medžiagomis, tai jo Ph krintanti žemiau kaip 4,7 ir nuo ko violetinė spalva virstanti geltona. Šitas indikatorius tinkąs ir CO pažinti. *V. Tupčiauskas.*

2. G. Stampe: **Kvėpuojamųjų takų nuodų ieškojimas.** („Draeger Hefte". „Giornale di medic. milit." 1936, fasc. IV, rec. Magrone).

Autorius nurodo Draeger Schroeter'io aparatą, kurio silicio deginys ir reagentai su nuodais duodą reakcijas ir pakeičią spalvą.

CO nustatoma, pasinaudojus platinos druskomis;

HCN nustatoma, pasinaudojus švino benzidino acetatu;

HN_3 nustatoma, pasinaudojus Nessler'io reagentu.

Iperitas nustatoma pasinaudojus $KMnO_4$.

Be to, Schroeter radęs aukso druskas, kurios su nedideliu iperito kiekiu (15 mlg. 1 kb. mtr. oro) duodančios geltonas, žibančias nuosėdas. *V. Tupčiauskas.*

Klinikos ir praktikos patyrimai.

× **Pneumonijų gydymas.**

H. Kutschera-Aichbergen savo ilgo straipsnio pradžioje pabrėžia, kad šiandien pneumonija gydoma, kaip kieno išmanoma. Labai daug turinti įtakos gausi patentinių vaistų reklama ir laiko mada. Pav., seniau Vokietijoje buvę madoje pneumonijos atsitikimu nuleisti

kraujo. Šitas būdas vėliau buvęs laikomas pasenusiu, o šiandien vėl įeina į madą.

Šiandien, kai žinome pneumonijos patologiškus pakitimus ir sukėlėjus, tai turėtų būti ir terapija tiksli, racionali. Medicinoje ne vieta vaikytis madų arba taikyti savotišką terapiją, kaip kad nori gausi patentuotų vaistų reklama.

1. Jeigu radome pneumonia lobaris, tai turime, greičiausia, reikalo su pneumokokais. Prieš pneumokokus esąs visai patikimas vaistas chininas ir jo derivatai. Chininas ir jo derivatai net labai dideliais praskiedimais užmušą pneumokokus ar bent tormozuoją jų greitą veisimąsi. Kad vaistai tinkamai veiktų, duotina pakankama dozė. Chinino ir jo derivatų duotina per parą ne mažiau kaip 0,5. Sveikiems, stipriems ir jauniems individams galima be baimės duoti iki vieno gramo chinini bihydrochlorici. Chininas geriau veikiąs, jei duodamas intra venam arba intra musculos. Kas labai atsargus, tas galįs pradžioje injekuoti intramuskuliškai tik 0,1 chinini bihydrochlorici, o po 6 val. visą dozę, t. y. 0,25—0,5 du kartus per dieną (per 24 val.). Tuo būdu išvengiama labai retų nemalonumų, kurie įvyksta del perdidelio individų jautrumo chininui ir jo derivatams.

Chininum bihydrochloricum ir jo derivatai duodami po 0,25—0,5 per 24 val. du kartu, bet 24 val. dozė 1,0 gramo turinti būti duodama tik jauniems stipriems individams (be baimės!). Tokia terapija turinti trukti ne ilgiau kaip 3 paras. Tokia terapija esanti pigi ir tiksli. Kam leidžia lėšos, tas galįs vartoti chininum - calcium (Sandoz), solvochin - calcium ir t. t.

Optochinum basicum duodamas per os in capsul. gelatinos. po 0,1 kas 2 val. tris dienas iš eilės.

Šiandien labai plačiai vartojamas transpulmin'as (pas mus pulmonol'is), bet transpulmino 1 kb. cm. teturįs 0,03 chinino. Jeigu gydytojas švirkščiąs 2 kb. cm., o dar blogiau, jei tik vieną kb. cm., tai ligonį gydąs per daug mažomis ir neveikliomis dozėmis. Iš tokio gydymo nėsą jokios naudos. Norint pasiekti tinkama pulmonol'io ar transpulmin'o dozė, švirkština ligoniui per 24 val. bent 10 kb. cm. transpulmin'o. Bet toks gydymas būtų labai brangus. (Transpulmin'as brangus!).

2. Kai kas pačioje pradžioje pneumonia lobaris švirkščią 100,0—200,0 serumo. Kiti pneumonijos pačioje pradžioje gauną gerų rezultatų. Bet serumas esąs brangus ir jo vertė labai abejotina. Mat esą pneumokokų net 4 rūšių, o kai kurios rūšys serumo terapijai visai nepasiduodančios. Pats serumas naudos galįs duoti tik suleistas pačioje pneumonijos pradžioje.

3. Jeigu turime pneumonijų kitokios etiologijos, ne pneumokokų, bet, pav., influenzos bacilų, Friedländer'io, streptokokų ir t. t., tai tuomet chininas ir jo derivatai, o tuo labiau serumas, neveikią. Čia galima taikyti, ypač pneumonia griposa atveju, collargol'is eletragol'is arba solganal B oleosum. Solganal B oleosum duodamas 0,1 km. cm. 20% intramusculos.

4. Prieš karštį ir galvos skausmus tikslios terapijos nėsą, bet labai palengvinančios mažos dozės pyramidon'o 0,05—0,1 daug kartų per parą (beveik kas valanda galima duoti). Geriau duoti skiediniuose. Kai kurie mano, kad pyramidonas veikiąs prieš uždegimą. Jei pyramidon'as neveikiąs, tai galima taikyti smarkesnės priemonės, pav., pyramidon'o arba causyth'o suppositorium.

5. Paprastai po 3 dienų, sergant pneumonia lobaris, prasidedą sunkesni ar lengvesni kraujo apytakos sutrikimai, kas dažniausiai ir būną mirties priežastimi.

Reikią atsiminti, kad kraujo apytakos sutrikimai esą ne pačioje širdyje, bet ekstra kardialiai. Jau esą aiškiai įrodyta, kad į plaučių kraujo priplūdimo laipsnis esąs glaudžiai susijęs su kvėpavimu. Pneumonijos

atveju pro susirgusias plaučių dalis paviršutiniškai alsuojant negalįs kraujas pereiti ir tuo būdu kairysis širdies skilvelis gaunąs per maža kraujo. Dar ligonio būtis pablogėjanti, kai periferinės kraujagyslės nuo toksinų yra išsiplėtusios. Šituo momentu taikytina tokia terapija, kuri pakeltų kraujagyslių tonus'ą ir padidintų kraujo priplūdimą į plaučius, o iš ten į širdį. Tam tikslui duodami vaistai, kurie veikią panašiai, kaip kad adrenalinas, pav.: sympatol'is po 0,06 po oda nuo trijų iki šešių kartų per parą; ephetonin'as arba ephedrin'as daug kartų per parą po 0,03—0,05 po oda.

Pats adrenalinas del kai kurių priežasčių vartoti neapsimokąs. Esą žymiai geriau vaistais paveikti, kad organizmas pats padidintų adrenalino produkciją. Pasak Stewart'o ir Rogoff'o, tam tikslui esąs labai geras vaistas strychninas. Tai labai svarbus ir naujas tų dviejų mokslininkų įnašas į medicinos mokslą. Jie patyrę, kad nuo strychnino 0,05—0,1 milgr. pro kilogr. pakylanti adrenalino produkcija bent 10 kartų. Tokia produkcija trunkanti apie 1½ val. Strychninas veikiąs gl. suprarenales tiesiog ir per simpatinę nervų sistemą. Strychninas iki šiol dar niekada tinkamai nebuvęs pavartotas gydymui. Kaip parodę nauji tyrimai, žmogui veikianti strychnino dozė esanti 3—6 miligramai. Iki šiol strychnino vienkartinė dozė būdavusi duodama tik 1 miligramas ir dar mažiau, todėl nebūdavę gaunama iš tokio gydymo gerų rezultatų.

Dr. H. Eppinger panaudojęs dideles dozes strychnini nitrici (iki 20 miligr. per 24 val.) sunkių difterijos formų atveju, ir gavęs visai gerų rezultatų, o jokių apsinuodijimo ženklų nematęs (Strychninum nitricum buvęs vartojamas švirkštimais po oda).

Autorius gydęs du ligonius, sergančius labai sunkia pneumonia lobaris. Ligonių būtis buvusi visai beviltė. Autorius davęs kas 8 val. strychnini nitrici po oda po 5 miligramus. Per 24 valandas ligoniai gavę 15 milgr. strychnini nitrici. Toks gydymas galimas be baimės taikyti suaugusiam arti savaitės. Jokių apsinuodijimų nebūną.

Autoriui labai sunkiais pneumonijos atsitikimais tekę duoti strychnini nitrici po penkis miligramus penkis kartus per 24 val. Vadinasi, tuo būdu per 24 val. ligonis gaudavęs net 25 miligr. strychnini nitrici. Nuo tokių milžiniškų strychnini nitrici davinių ne tik kad jokių apsinuodijimo žymių nepastebėdavęs, bet net bevilčiai ligoniai pradėdavę gyti ir visai sugydavę. Suprantama, atsižvelgiant į strychinino kumuliaciją, nereikią skirti ilgiau po 25 mgr. parai kaip 3 paras.

Lobelin'as panašiai veikiąs kaip kad ir strychninas, t. y. pakeliąs antinkstinių liaukų (gl. suprarenalis) sekreciją. Be to, brangintinas ol. camphorae, coffeinum purum, cardiasol ir t. t. Coffeinum purum daug geriau (širdies raumenis skatindamas) veikiąs, negu kad coff. (natrio-) benzoicum, coff. salicylicum ir t. t. Be to, coffeinum purum pigesnis, o širdies veikimą skatinąs geriau.

Digitalis, strophantum ir t. t. pneumonijos atveju tik tada indikuotini, kai turima reikalo su silpna širdimi. Tokiais atsitikimais tuojau susirgus jau reikią pradėti duoti digitalis (geriau pulv. fol. digitalis).

6. Kraujo apytaka pro plaučius esanti proporcinga plaučių ventiliacijai. Sergant plaučių uždegimu, vienas ir antras esą smarkiai susilpnėję. Plaučių ventiliacijai pakelti duodama įkvėpuoti deguonio su 5% angliarūgštės (CO_2) mišinio. Austrijoje šitas mišinys vadinamas „oxymix". Šitas mišinys nuostabiai gerai veikiąs. Gaila, kad jis duodamas tik tada, kai ligonis esąs labai sunkioje būtyje. Deguonio mišinys su 5% CO_2 (angliarūgštės) reikėtų žymiai plačiau vartoti ir tada, kai ligonio būtis dar nėsanti sunki.

7. Kraujo nuleidimas esąs indikuotinas, ir gerai veikiąs, atsiradus labai didelei cyanozei ir dyspnoe. Nuleistina mažiausiai 500 kb. cm. kraujo. Nuleidus mažiau, dyspnoe ir cyanozė nepraeinančios. Kraujo

nuleidimas pagerinąs kraujo apytaką pro plaučius, išardąs susidariusią plaučiuose stagnaciją ir arterizuojąs kraują.

Labai palengvinąs dyspnoe ir didelės cyanozės atveju (jei nenorime nuleisti kraujo) sol. methylenblau 1%. Įleidžiama intra venam sol. methylenblau 1% nuo 10 iki 100 kb. cm. Steriliškai! Tuo būdu kraujas taip pat arterizuojamas.

8. Expectorantia duotini tik nuo 3—4 dienos. Anksčiau jų davimas būtų betiksliškas vaistų eikvojimas, ir ligoniui dažnai esą blogiau sukeliant kosulį.

Skaudamo ir sauso kosulio atveju duotini codeinum phosphoricum ir kiti narkotikai.

Expectorantia (atsikosėjimui) taikomi bendra tvarka. Autorius mini daug vaistų, bet nieko naujo nepasako. Gydytojas galįs pasirinkti tuos, kurie jo supratimu ir patyrimu gerai veikią.

Autorius siūlo 3—4 dieną duoti atsikosėjimui šitokį vaistą:

Rp. Inf. Rad. Ipecacuanhae 1,4:270,0
Ephetonini 0,6
Pyramidoni 2,0
Drosinthymi 5,0
Syr. altheae ad 300,0
MDS. Po valg. šaukštą.
5 kartus per 24 val.

(Doc. H. Kutschera-Aichbergen: „Ars Medici“ 1937 m. 5 nr.).

Pr. Vaičiulis.

× **Naujas būdas minkšt. šankeriui gydyti.**

Kemeri (Budapešte) sėkmingai pradėjęs gydyti minkšt. šankerį su ac. carbolicum cum calomelane mišiniu. Technika šitokia. Paimamas šakaliukas, ant jo galo plonai užvyniojama vatos ir gerai įmerkiama į ac. carbolicum (concentr.); tuojau išėmus iš karbolio šakaliuko galas įkišamas į calomelį ir gerai apvartomas. Po to atsargiai visa tatai uždedama ant žaizdos.

Taip autoriui pavykę išgydyti per 6—8 dienas sergantieji minkšt. šankeriu. („Вест. венер. и дерм.“ 1937 m. 5 nr.). *Pr. Vaičiulis.*

× **Sarkoma apkrečiama.**

Vienai slaugytojai, kuri prižiūrėjusi sunkiai sarcoma sergantį ligonį (sarcoma buvusi ant šlaunies), po 3 savaičių ant piršto, kur buvusi žaizdelė, pradėjusi augti visai tokios pačios struktūros sarcoma, kaip kad buvo pas slaugomą ligonį. Iš to autorius daro išvadą, kad slaugytoja betarpiškai apsikrėtusi beslaugydama ligonį, sergantį sarcoma fuso- et globocellulare. („Zntrbl. f. Chir.“ 1937 m. 25 nr.). *Pr. Vaičiulis.*

× **Psoriasis gydymas anilininiais dažais.**

Congerot ir Degos labai sėkmingai gydę psoriasis ½% analininiais dažais spirite. Skiediniu gerai įtepamos keletą kartų per dieną išbertosios vietos. Autoriai po keleto dienų esą daug išgydę psoriasis. (Anilininiai dažai esą šie: kristal-violet, metyleno mėlynė, fuksinas ir eozinas). („Вест. венер. и дерм.“ 1937 m. 5 nr.). *Pr. Vaičiulis.*

× **Pruritus ani gydymas.**

E. Goldner gavęs gerų rezultatų net chroniškais atsitikimais, šitaip gydydamas pruritus ani: Du kartus anus'o aplinkę nuvaląs su 1% jodbenzinu ir tuojau lengvai aptepąs šitokiuo tepalu:

Rp. Anthrasoli 2,0
Calomelanos 3,0
Eucerini ad 30,0
M. f. ung.

Pr. Vaičiulis.

× **Furunculosis ir jo gydymas.**

Karo ligoninėje dr. M. Mickus ir dr. Z. Rudaitis įvedė ferment. cerevisae (GerMaPo) tabl. furunkulams gydyti. Tabletės duodamos per os 2—3 kartus per parą pavalgius. Ant jaunų furunkulų dedama ung. ichtyoli 10%. Paprastai pradėjus duoti fermentum cerevisae, švariai laikant ligonį, o jau ant išaugusių furunkulių ung. ichtyoli uždėjus, greitai ligoniai sugyja, naujų furunkulų nebepasirodą.

Pr. Vaičiulis.

× **Kaip sulaikyti parenchyminis kraujavimas?**

Nuostabiai greitai gana gausus žaizdos kraujavimas galima sulaikyti uždėjus ant žaizdos, karštame fiziologiniame skiedinyje pamirkytas, tupferis. Suprantama, jei yra perkirsta stambi kraujagyslė, tai reikia būtinai perrišti arterija.

Tokį būdą sėkmingai vartoja Karo Ligoninėje gyd. Kusa.

Pr. Vaičiulis.

× **Kas darytina esant silpniems gimdymo skausmams (pastangoms).**

Gimdančioms, kai skausmai būna silpni (mažiau kaip 4—5 skausmų periodai per 30 min.), bet tarp galvutės ir išvedamųjų takų nėra disproporcijos, tai duotina ne secale cornutum preparatų, bet kas dvi valandos thymophysin'o švirkština po 0,2—0,3 į raumenis.

Be to, galima dar duoti chinini 0,25 arba, dar geriau, chinin-cardiasol, kas skausmus žymiai sustipriną (sensibilizuoją). Thymophysin'as labai gerai veikiąs silpnų gimdyminių skausmų atveju, atidarydamas gimdymo takus. Čia reikią apsižiūrėti, kad nebūtų mechaniškų kliūčių kūdikiui išeiti; be to, žiūrėtina, ar nebuvo operuota, kad neįvyktų vietoje randų ruptura (pav., po sectio caesarea).

Kūdikio išstūmimo metu ir sekundarinių silpnų skausmų atvėju duodama taip pat tik thymophysin'o preparatų.

Kai esąs užsitęsęs gimdymas, ypač pirmą kartą gimdančioms, švirkščiama į raumenis po 0,5 pituglandol'io arba pituitrin'o ir tuo būdu dažnai išvengiama replių. Nepamirština nuolat kontroliuoti vaiko širdies veikimas, kad neįvyktų asfiksija.

Į venas pituitrin'o paprastai švirkščiama tuo atveju, kai gimdymas yra įvykęs ir placenta išėjusi, o smarkiai kraujuoja ir uterus yra atoniškas. Tokiais atvejais geriau švirkšti į veną 1 kb. cm. orasthin'o, kuris nepakeliąs kraujo spaudimo ir kuris neduodąs pituitrin'o šoko.

Lengvais atonijos ir kraujavimo atsitikimais duotina 1 kb. cm. pituitrin'o ir secacornin'o tuojau po gimdymo, jei yra prasidėjęs abortas; bet jei labai smarkiai nekraujuoja, tai labai gerai veikiąs chinin-thymophysin'o kartotinės intramuskulinės injekcijos, kaip kad aukščiau aprašyta. („Ars Medici" 1937 m. 1 nr.). *Pr. Vaičiulis.*

Kronika.

NEKROLOGAI.

A. A. D-RAS ALEKSANDRAS BABIANSKIS.

Velionis gimė 1886 metų gegužės mėn. 3 dieną Rajūnų dvare, Naujamiesčio valsč., Panevėžio apskrities.

1904 metais baigė Rygos gimnaziją ir įstojo į Dorpato (Tartu) universiteto medicinos fakultetą. Kilus 1905 m. revoliucijai velionis išvyko į Austriją medicinos studijuoti Vienoje; čia baigė aukštuosius medicinos mokslus 1912 metais. Vienoje dar bestudentaudamas buvo prof. Neisser'io asistentu ir, be to, specializavosi pas žymų psichiatrą prof. Wagner'į, Vienos universiteto klinikoje.

1912 metų pabaigoje išvyko į Kazanių (Rusijoje) ir ten išlaikė valstybinius egzaminus.

Pirmutinė jo, kaip gydytojo psichiatro, tarnyba buvo m. Drevnica, netoli Varšuvos; čia jis ėjo ligoninės ordinatoriaus pareigas. Čia jisai susirgo ūminiu polyartrito recidyvu (pirmą kartą buvo susirgęs Rygoje 1904 m., baigdamas egzaminus brandos atestatui gauti); kiek pagerėjęs, persikėlė į Kochanuvką (netoli Lodzės m.) ir čia tarnavo kaip psichiatrinės ligoninės ordinatorius iki pat didžiojo karo.

1914 metais buvo mobilizuotas ir visą laiką dirbo apkrečiamųjų ligų barakuose įvairiose Turkijos, Persijos ir Kaukazo vietose. 1918 metais Kerenskio ir revoliucijos metu tarnavo Vladikaukaze, Novorosiiske ir pagaliau po revoliucijos Jeiske, „Zdravotdelo“ ambulatorijoje iki 1920 metų.

Dr. A. Babianskis.
Gimė 1886. V. 3 d., mirė 1937. III. 24 d.

Didžiojo karo metu ir po perversmo d-ras Babianskis sirgo dar du kartu sąnariu reumato recidyvais su endo- ir myokardito komplikacija, persirgo dėmėtąja, vidurių ir grįžtamąja šiltinėmis; nuo to laiko išsirūtuliavo jam myokarditas su rimtomis pasėkomis, kurios jį lydėjo iki mirties.

1920 metais d-ras Babianskis su savo žmona (Zofija Pac-Pomernackaite iš Gertutiškių dvaro, Aluntos valsč., Ukmergės apskr., kurią buvo vedęs 1909 metų pabaigoje) ir vaikais grįžo į Lietuvą ir norėjo tarnauti Lietuvos kariuomenėje, tačiau dėl širdies ligos nebuvo priimtas.

Tais pačiais metais jisai apsigyveno Dotnuvoje, vėliau persikėlė į Krekenavą ir 1921 metais apsigyveno Panevėžyje, kame praktikavo kaip vidaus, nervų ir psichikos ligų specialistas.

D-ras Babianskis buvo visų mylimas ir gerbiamas: visuomenė įvertino jį kaip sąžiningą gydytoją, atsidavusį visuomenininką ir dorą žmogų.

Kaip gydytojas jis darbavosi privačiai, dirbo miesto savivaldybėje, mokyklose, prieglaudose. Savo pacientams jis buvo jautrus, švelnus ir labai rūpestingas; savęs neaukštindavo, kolegas gerbdavo, buvo senos gydytojo profesinės etikos pavyzdžiu, priklausė abiem gydytojų draugijoms Panevėžyje. Kolegoms patarnauti sudarė jam didelį malonumą, ir šita ypatybė buvo jame nuo jaunų dienų. Taip, turėdamas pasiūlymus į

geras tarnybas Vienoje ir Palestinoje, atsisakė savo kolegų d-rų Cukerskio ir Goldbergo naudai. Ir Panevėžyje būdamas nesistengė gauti vietų, į kurias kiti pretendavo, ir dargi, kada jo vietas (miesto mokyklų ir lenkų gimnazijoje) užėmė kiti — jaunesnieji, jisai pakėlė pats, niekam nesiskųsdamas ir nekeldamas viešumon.

Visuomeninį darbą jisai dirbo noriai, dažnai net savo praktikai kenkdamas; pripažindamas didelę ligų profilaktikos reikšmę, jisai aktyviai dalyvauja kovoje su socialinėmis ligomis: jis aktyvus organizatorius ir iniciatorius „Draugijos kovai su tuberkulioze“ — ir jos dispanserio vedėjas, jisai vienas iniciatorių „Dr-jos kovai su vėžiu“ ir „D-jos kovai su venerinėmis ligomis“ (Panevėžio skyrių). Be to, jisai eina lenkų gimnazijos pedagogo (logikos, psichologijos ir higienos) ir gydytojo pareigas, rengia paskaitas mokiniams, skaito viešas paskaitas apie džiovą ir socialines ligas, prisideda prie rengimo parodų, filmų ir t. t. Kiek galėdamas rašo mokslišKus straipsnius „Medicinoje“, žurnale „Kova su džiova“ ir Panevėžio skyriaus leidinyje: „10 kovos metų“.

Medicinos mokslo pažangą jis uoliai seka: akylai skaito visus mokslo žurnalus, knygas ir vyksta į užsienius tobulintis. Žinodamas, kad jo širdis ir kiti vidaus organai galėtų būti retais eksponatais, jisai iš anksto apgalvojęs (rasti laiškai prieš 2-jus metus ir vėliau kartotinai rašyti šeimai ir kolegoms), pavedė savo vidaus organus Lietuvos Universiteto Patologiniam institutui.

Prie savo mirtį d-ras Babianskis labai domėjosi krematoriumais užsieniuose ir Lietuvoje, tačiau medžiagiškais sumetimais jis buvo priverstas atsisakyti nuo savo palaikų sudeginimo, ir jisai sutiko būti palaidotas kapinėse.

Tautybės jis buvo lenkas, tačiau lietuviškos orientacijos ir su Varšuvos šalininkais bei su politinėmis srovėmis jisai nieko bendra neturėjo (faktas, kad jis Jeiske 1920 metais organizavo Lietuvių tremtinių komitetą ir jam vadovavo); jisai daugiau dirbo sporto ir švietimo draugijose. Lenkiškos orientacijos žmonių jisai nelabai buvo mėgiamas ir del to už poros metų prieš mirtį — del intrigų buvo atleistas nuo pedagogo, vėliau nuo gydytojo pareigų iš lenkų gimnazijos. Nepaisydamas draugų patarimų, jisai, sunkiai sirgdamas angina pectoris priepuoliais, darbo nemetė, nebepriiminėdamas privačių ligonių, ėjo dispanserio vedėjo pareigas, ir 1937 metų kovo mėn. 24 dieną, atleidęs paskutinį ligonį, pasijuto blogai ir netrukus neteko sąmonės.

Vėlionis jokio turto nepaliko; jo šeima — žmona ir 3 vaikai (veterinarijos studentas, duktė — medikė ir mažasis — IV kl. mokinys (išstojęs dar tėvui gyvam esant iš lenkų gimnazijos ir priimtas į Valstybinę Panevėžio gimnaziją). Laidotuvėmis pasirūpino Panevėžio gydytojų draugijos.

Didžiulė minia palydėjo savo mylimą daktarą ir brangų kolegą į amžinojo atilsio vietą; čia buvo pasakyta daug nuoširdžių ir karštų kalbų. Be artimųjų, kalbėjo ir tie, kuriems pritiko tylėti, kad neįžeidus vėlionios palaikų ir jo šeimos jausmų, ir dar išgarsino per lenkų radio...

Panevėžiečiams ir visos Lietuvos gydytojams d-ro Aleksandro Babianskio skaistus gyvenimas tebūna amžinu švyturiu!

Dr. Antanas Didžiulis
(Panevėžyje).

× **Mirė:** 1) Peste — prof. Johann v. Bokay, 80 metų amžiaus, pediatras. 2) Rostoke — prof. dr. Wilhelm Müller, 82 metų amžiaus. 3) Leipcige — prof. dr. Theodor Kölliker, ortopedas, 85 metų amžiaus.

DRAUGIJOS, KONGRESAI, ĮVAIRENYBĖS.

× **2 tarptautinis tropinės medicinos kongresas** bus 1938 m. rugsėjo mėn. Amsterdame.

× **Tarptautinė gydytojų savaitė** bus Salsomaggiore 1937 m. nuo rugpjūčio mėn. 29 d. iki rugsėjo mėn. 4 d. Daugiausia būsią svarstomi endokrininiai ir gynekologiniai klausimai. Reikalais kreiptis į sekretoriatą šiuo adresu: Salsomaggiore Regie Terme Berzieri.

× **Jeknų nepakankamumo tarptautinis kongresas.** Mes primename skaitytojams, kad prisirašymai į jeknų nepakankamumo kongresą priimami generaliniame kongreso sekretoriate: 24, Boulevard des Capucines. Paris- 9c iki rugpjūčio 1 d., vėliausia iki rugpjūčio 15 d.

Tarp klausimų, kurie bus svarstomi šitos svarbios gydytojų manifestacijos metu, jeknų nepakankamumo funkcijų tyrinėjimas, žinoma, pritrauks visų dėmesį. Šitąja tema yra paruoštas įdomus pranešimas prof. Glässner'io iš Vienos.

Šitas funkcinės diagnostikos klausimas, nors labai senas, yra visuomet aktualus. Po ištyrimo alimentinės glykozurijos, kurią atliko Collrat, tęsdamas Claude Bernard'o tyrinėjimus, fiziologai ir klinicistai rūpinasi nustatyti jeknų narvelių trūkumų diagnozę ir įvertinti jų svarbumą. Kasdien siūlomi nauji tyrinėjimai, praėję per įvairių kraštų tyrinėjimų kritiką, vėl gana greitai užmirštami. Tačiau, iš palengvo ir šios milžiniškos visų nenuilstamos pastangos, sulyginus fiziologų ir klinicistų gautus rezultatus, iškyla aikštėn tikrų ir nenuginčytinų faktų aiškus skaičius.

Iš kongreso, skirto jeknų nepakankamumo studijai, užgims be abejonės tarp visų šalių jame dalyvavusių mokslininkų vieningumas.

× **Tarptautinis kepenų nepakankamumo (l'insuffisance hépatique) klausimu kongresas** įvyks 1937 metų rugsėjo mėn. 16—18 dieną Vichy mieste. Visų šalių gydytojai, sumokėję 50 prancūzų frankų, gali dalyvauti tikraisiais kongreso nariais (membres titulaires). Kiekvienas tikrasis kongerso narys gali atsivežti porą svečių (membres associés — žmoną ir nevedusius vaikus, už kurių kiekvieną reikia mokėti 25 frankai. Po 25 frankus moka taip pat studentai medikai ir medicinos kandidatai. Užsirašyti reikia ligi 1937 metų liepos mėn. 31 dienos, nes vėliau užsirašiusiems gali trūkti butų.

Kongreso metu teisėtieji ir įvestieji nariai bus gražiai aprūpinti viešbučiais ir atpalaiduoti nuo visų mokesčių, išskyrus valgį ir gėrimą, kurie bus duodami su 25% nuolaida; 15% bus imama už patarnavimą.

Tikrieji ir įvestieji kongreso nariai galės naudotis 40% nuolaida asmeniniais arba šaimų bonais Prancūzijos keliais į Vichy, iš ten į Paryžių ir atgal, o pagyvenę ne mažiau kaip 5 dienas (įskaitant atvažiavimo ir išvažiavimo dienas) — ir tarptautinės Paryžiaus parodos lankytojams teikiamomis lengvatomis. Kongreso privilegijos bus taikomos rugsėjo mėn. nuo 7 ligi 24 dienos.

Kongreso metu tikrųjų narių palydovus ir įvestuosius globos specialiai sudarytas ponių komitetas.

Mokestį įmokėti ir klausimais kreiptis į generalinį kongreso sekretorių: Dr. J. Aimard, 24 Boulevard des Capucins, Paris (IX^{0}).

× **Kovai su tuberkulioze draugijos metinis visos Lietuvos skyrių atstovų suvažiavimas** buvo 1937 m. birželio mėn. 6 d. Kėdainiuose, Aukšt. kultūrtechnikų mokykloje. Suvažiavime dalyvavo 23 skyrių atstovai ir nemaža svečių. Suvažiavimą atidarė centro valdybos pirmininkas dr. K. Grinius. Dr. D. Jasaitis darė pranešimą „Dispanseris ir sanatorija". Centro valdybos pranešimą darė dr. K. Grinius.

Į naują draugijos centro valdybą išrinkti: dr. K. Grinius, p. Grinienė, dr. Jasaitis, dr. Garmus, kun. M. Jonaitis, dr. Laurinavičius ir dr. Didžiulis. Į revizijos komisiją išrinkti: dr. J. Staugaitis, prof. Sleževičius, prof. V. Lašas ir dr. Legeckas.

Vakare suvažiavimo proga gimnazijos salėje buvo suruoštas koncertas, kurio pelnas skiriamas Kėdainių kovai su tuberkulioze dr-jos skyr. laikomai Babėnuose silpnaplaučių vaikų sanatorijai.

× **Lietuvos akliesiems globoti d-jos susirinkimas.** 1937. VI. 23 d. Kaune, naujuose aklųjų instituto rūmuose, buvo sukviestas Lietuvos akliesiems globoti d-jos narių susirinkimas, kuriam pirmininkavo doc. dr. Kuzma ir sekretoriavo dr. Zaskevičienė.

D-jos pirmininkė dr. Šakenienė padarė pranešimą apie d-jos veiklą. Ji pažymėjo, kad d-ja globojanti ne tik akluosius, bet ir kovoja su aklumu Lietuvoje. Pasidžaugė, kad troškimai ir svajonės pastatyti naujus aklųjų instituto rūmus, jau įgyvendinti, nors tie rūmai dar ne visai baigti, bet jau juose gyvena auklėtiniai. Rūmų statyba kaštavo 304.000 lt. Iš Vidaus reikalų ministerijos statybos darbams buvę gauta 232.000 lt.

Praeitą vasarą gydytojai okulistai pakartotinai patikrinę akluosius Kretingos, Telšių, Marijampolės, Alytaus, Šiaulių ir įpusėtas tikrinimas Kauno apskrityje.

Šią vasarą aklųjų tikrinimai numatomi Mažeikių, Tauragės, Biržų, Raseinių, Panevėžio ir Kauno apskrityse. Užbaigus aklųjų tikrinimus savivaldybės bus paragintos, kad pagydomus akluosius operuotų, o nepagydomus — siųstų institutan.

Dr. Nemeikša susirinkusiems pareiškė, kad esą veik negalima kovoti su aklųjų, išleistų iš instituto priežiūros, vedybomis. Tik išėję iš instituto jie veda ir yra pavojus gimstančių aklųjų skaičiui didėti. Todėl siūlo kreiptis į atitinkamas įstaigas, kad būtų pagreitintas sterilizacijos įstatymo išleidimas.

Be to, buvo pasiūlyta intensyviai verbuoti naujus narius į d-ją. Siūlyta kreiptis į ministerijų valdininkus ir tarnautojus bei provincijos gyventojus.

Naujon draugijos valdybon išrinkti: pirm. dr. Šakenienė ir nariais: dr. Marcinkus, dr. Nemeikša, p. Putvinskienė ir dr. Stukas; rev. komisijon: Vanagas-Simonaitis, Žmuidzinavičienė ir Tercijonienė.

× **Įsteigtas Paryžiuje amerikiečio Eastman'o fundacijos dantų gydymo institutas.** Iš Eastman'o fundacijos jau yra pastatyti tokie institutai Briuselyje, Londone, Romoje ir Stokholme. („M. m. W." 1937 m. 29 nr.).

× **Lady Tata premija už kraujo ligų tyrinėjimus,** ypač leukemijos, iš 10 tyrinėtojų gavo dr. Georg Weitzmann Leipcige. („M. m. W." 1937 m. 27 nr.).

× **50.000 lirų encefalitikų institutui įkurti** Italijoje paskirta Romos Banko. („M. m. W." 1937 m. 28 nr.).

× **10 milijonų dolerių paskyrė vėžio ligai tirti** Yale universitete New Yorko bankininkas W. Childs („M. m. W." 1937 m. 28 nr.).

× **Birštono mineraliniai vandenys būsią eksportuojami į Ameriką.** Tuo reikalu rūpinąsis dabar Lietuvoje viešįs Čikagos lietuvis Daubaras. Vytauto šaltinio viena bonka mineralinio vandens Amerikoje kaštuosianti 20—30 amerikoniškų centų.

× **Tokio karališkasis universitetas 1937. IV. 2 d. šventė 50 metų sukaktį.** Šito universiteto medicinos fakultete vyraujanti vokiškoji ir japoniškoji medicina. („M. m. W." 1937 m. 30 nr.).

× **Poseno universiteto medicinos fakultetas nebepriima žydų studentais,** kadangi žydai anatomijos institutui neduodą lavonų. („M. m. W." 1937 m. 31 nr.).

× **Kapucinai surengė ligonių kongresą.** Š. mt. VI 30 d.—VII 2 d. vienuoliai kapucinai Plungės „Liurde" surengė ligonių kongresą, į kurį suplaukė nemaža senų ir jaunų šlubų, paralyžiuotų ir sergančių įvairiomis ligomis žmonių. Ligoniai atvyko sveikatos ieškoti Plungės „Liurde"

stebukluose, nes taip ir buvo skelbiama. Ta proga kapucinai Plungėje įrengė tam tikrą kūdrą, kurią ir pašventino. Kūdros viduryje pastatytas akmuo, o ant jo statysią šv. Antano statulą. Tokie ligonių kongresai būsią rengiami kasmet.

× **Ar stirnų kritimai turėjo sąsyjį su tularemija.** Valstybinis Veterinarinės Bakteriologijos Institutas pranešė, kad jis 1937 m. vasario—balandžio mėnesiais gavo 12-kos nugaišusių stirnų lavonus arba jų dalis, tačiau ištyrus stirnų mirties priežastį, 10 atsitikimų rasta, kad stirnos krito nuo bronchitis et bronchopneumonia verminosa. Šitą ligą sukėlė strongylidų grupės kirmėlės (dictyocaulus filaria ir dictyocaulus viviparus). Šitais parazitais stirnos dažniausiai apsikrečia klampiose, pelkėtose arba užliejamose pievose. Liga trunka 2—4 mėnesius, mirtingumas 10—70%.

Apie kiškių kritimą Institutas nieko negirdėjęs.

MED. GYDYTOJŲ REIKALAIS.

× **Žuvusiųjų didž. kare gydytojų** paminklas pastatytas 1937 m. birželio mėn. 26 d. Vienoje. Per didįjį karą žuvę 290 Austrijos gydytojų. („M . m. W.“ 1937 m. 26 nr.).

× **Nuo „aseptikos tėvo“ Felikso Terie gimimo šiemet sukako 100 metų.** Jisai gimė Paryžiuje 1837 m., mirė 1908 m. Prancūzijoje jo atmintis buvo iškilmingai atšvęsta.

× **Skandalas tarp Londono gydytojų.** Garsus Anglijos rašytojas Kronin, iš profesijos gydytojas, neseniai parašė knygą „Citadelė“, joje aprašo praturtėjusius gydytojus, kurie apgaulingais būdais lupą iš pacientų pinigus, prirašydami visai nereikšmingų vaistų, darydami nereikalingas operacijas ir t. t.

AMERIKOS MED. GYDYTOJŲ REIKALAIS.

× **Lietuvio gydytojo tragedija.** Kankaki miestelyje, Ilinois valst. psichiatrinėje ligoninėje yra lietuvis med. gyd. Juozas B. Margaitis. Jis ten uždarytas 1899 m. Jo slaugytoja pareiškusi, kad jei atsirastų kas jį paimtų, tai ligoninės valdyba mielai jį paleistų; ji dar pareiškusi kad visai nėsą aišku, kodėl jį ligoninėje laiką.

Į Ameriką jis atvykęs 1890 m. Jis yra kilęs iš Žardelių km., Barzdų valsč., Šakių apskr. Per Ispanijos su Jungtinėmis Valstybėmis karą jam kulka sužeidusi galvą ir tuo būdu sutrikdžiusi jo psichiką.

LIGONIŲ KASŲ REIKALAIS.

× **Arti 11.000 naujų ligonių kasų narių.** Praeitais metais pirmajame pusmetyje visoje Lietuvoje ligonių kasų narių buvo 81.678. Dabar jų, kaip paskelbti oficialūs duomenys rodo, yra 92.587. Tuo būdu per paskutiniuosius metus ligonių kasų narių Lietuvoje padaugėjo net arti 11.000. Iš viso Kauno mieste dabar jų yra per 23.700, Klaipėdos krašte per 30.200, Alytaus apskrityje arti 1.300, Kauno apskrityje apie 5.570, Marijampolės apskrityje 2.160, Panevėžio apskrityje 5.350, Šiaulių apskrityje 6.960, Tauragės apskrityje apie 3.000, Telšių apskrityje apie 3.590, Ukmergės apskrityje apie 2.240, Vilkaviškio apskrityje apie 2.300. Susisiekimo Ministerijos ligonių kasoje narių yra apie 3.440, laisv. samdomų eigulių kasoje apie 1.600, Lietuvos Banko kasoje apie 480, Kauno elektros stoties kasoje per 200 ir šv. Zitos draugijos kasoje 460 narių.

× **Draudimo nuo nelaimingų atsitikimų kasa** neseniai atidarė Kaune, Gedimino g. 7 nr. savo ambulatoriją. Medicinos pagelba bus teikiama ir nakties metu. Čia bus fiziomechaninis, terapijos ir rentgeno kabinetai, be to, chirurginė ambulatorija.

SVEIKATOS REIKALAIS.

× **Lietuviškų mineralinių vandenų suvartojimas pakilo 100%.** 1937 m. pradžioje mūsų krašto mineralinių vandenų suvartojimas buvo

dar nedidelis: Sausio mėn. išgerta tik apie 20.000 bonkų. Kovo mėn. suvartojimas pakilo iki 43.000, balandžio — 50.000, o birželio — daugiau kaip 60.000 bonkų. Birštono mineralinių vandenų daugiausia suvartojama Kaune, Klaipėdoje ir Šiauliuose.

× **Vaistai jūros ligai gydyti** surasti Amerikos gydytojų Scala ir Spiegel. Tat esą atropino ir adrenalino tam tikrų proporcijų mišinys. Šitie vaistai pirmiau buvę išmėginti katėms.

× **Greitoji pagelba lėktuvais** praktikuojama SSSR, iš Maskvos aerodromo, pakvietus telefonu, telegrafu. Tik esą sunkumų nusileidžiant pakviestoje vietoje.

× **Ministerių kabinetas patvirtino Vyt. D. Universiteto klinikų statybos komisijos sutartį** 1937 m. liepos mėn. 3 d., pasirėmęs Iždinių, rangų ir tiekimo įstatymo 177[14] str., su rangovais G. Ilgovskiu ir S. Gudinskiu 2.905.973 lt. sumos, sumažinus ją 1,4% sumos.

× **Ar galima apsikrėsti tuberkulioze per telefono vamzdelį?** Tik bakteriologas L. Lange pirmasis esąs radęs ant telefono vamzdelio Koch'o bacilų. Bet šituo atsitikimu buvusi sudaryta labai gera dirbtinė proga patekti Koch'o bacilams ant telefono vamzdelio, — tokių sąlygų naudojantis telefonu iš tikrųjų niekuomet nepasitaiką. Todėl nėsą jokio pavojaus vartojant telefoną apsikrėsti tuberkulioze, o ypač dar tuo atveju, kai telefono vamzdelis periodiškai valomas. („Z. f. Tbc." 1937 m. Bd. 77, H. 2, 128—129).

× **Kova su tuberkulioze Egipte.** Apskritai Egipte iš 1.000 gyventojų miršta del įvairių priežasčių 30,4. Nuo įvairių formų tuberkuliozės iš 10.000 miršta 5,7 (plaučių tbc. — 4,4, kitomis formomis — 1,3). Visame Egipte esą 4 dispanseriai ir 1 sanatorija su 450 lovų. („Bul. de l'Union Internat. contre la tbc." Jan. 1937).

× **470.000 kronų neturtingiems vaikams džiovininkams** surinkta Švedijoje iš sveikinimų ir luxus telegramų tam tikro paštų skiriamo pelno procento. („M. m. W." 1937 m. 29 nr.).

× **28 milijonus lirų Abesinijos sveikatos reikalams** paskyrė Italijos valdžia. („M. m. W." 1937 m. 29 nr.).

ODONTOLOGIŠKI AFORIZMAI.

— × Tik dantį traukiant pažinsi, kas yra tikėjimas, viltis ir meilė...

— × Danties traukimas — blogiau kaip žmona...

— × Nemanyk, idiote, kad dantų gydytojo kėdėje sėdi kaip kad ant sosto! Ne tu ką nors valdai, bet tave valdo grąžtai, brūžykliai ir replės!..

— × Kristus įsteigė moterystės sakramentą, o medicina sugalvojo — dantų traukimą...

— × „Parodyk dantis" — dar nereiškia, kad kas nors jais yra susižavėjęs. Palikime tat spręsti dantų gydytojui!

— × Kiek sunku surasti lūžusiojo danties paskutinė šaknis, tiek sunku iš moters išgauti tiesa!..

— × Norint žmoną atpratinti nuo daugkalbiškumo, geriausia laikas nuo laiko siųsti ją pas dantų gydytoją... Čia ji, turėdama blizgantį įrankį burnoje, be reikalo neprakalbės! (Namie gi kas nors blizgąs grūsti žmonai į burną — jau vadinasi skandalas)...

— Dantų gydytojai patarimas: niekuomet netrauk danties savo vyrui, jei nori ilgai laimingai gyventi.

— × Kai dantų gydytojas ramiai triuškina tavo lūžtantį dantį, tai, pagalvojęs apie judančius jo rankose įrankius, atsimeni žodžius: Irklavimo sportas...

— × Norėdamas atkeršyti savo uošvei, susitark su koblogiausiu dantų gydytoju, kad ją gydytų!..

— × Nepirk tos dantų pastos, kurios gaminimo bendrovėje yra nors vienas dantų gydytojas!